Rok XLVII. Kraków, dnia 21. listopada 1908. Nr 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich
polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z łódzkiego laboratoryum miejskiego pod zarządem Dra S. Bartoszewicza.

Nowa postać dwoinki »Tetradiplococcus filiformans lodzensis«.

Podali

Dr S. Bartoszewicz i J. Szwarcwaser.

W licznych studniach łódzkich można znaleźć ten nowy gatunek bakteryi wodnych, wydzielony przez nas na płytkach Petriego.

Spostrzegany w kropli bulionu, w komorze wilgotnej szklanej daje on ugrupowanie w czwórki (tetrady) w ten sposób, że cztery dwoinki tworzą układ kwadratowy lub rombiczny; niejednokrotnie tworzą się też większe grupki, po 2—3 parki. W świeżych hodowlach dwoinki te posiadają ruch obrotowy dokoła osi wraz ze słabym ruchem postępującym.

Zabarwianie podług sposobu Löfflera nie wykazało obecności rzęsek. Jeżeli zabarwimy preparat żywy kroplą błękitu metylenowego, to dają się zauważyć grupki po 2 lub 3 dwoinki, co zależy od położenia czwórki (tetrady) względem oka badacza. Wymiary tetrady wynoszą 4 i 6 mikromilimetrów (μ). Hodowle można otrzymać już przy 14—16° C., najlepszy wzrost daje się stwierdzić w termostacie przy 30—34° C. Przy tej ciepłocie hodowla w bulionie po 18—24 godzinach daje charakterystyczny obraz; w środku tworzą się nici cienkie i delikatne, wychodzące od dna probówki, często posiadają one zgrubienia i, jak dochodzą do powierzchni, zaginają się ku dołowi: wogóle mają postać nici wiewiórowych w moczu lub pajęczyny wodnych pająków. Przy niższej ciepłocie takie nici nie tworzą się zupełnie. Po 5—6 dniach nici owe opadają na dno, tworząc gęsty i lepki osad.

Przy powiększeniu 750—800 razy widać, że tetrady składają się na utworzenie tych nici, łącząc się między sobą przy pomocy śluzu i, prawdopodobnie, rzęsek.

Na płytkach żelatynowych tworzą się kolonie szarobiaławego koloru. Na powierzchni hodowli agarowej *tetradiplococcus filiformans* daje biały, błyszczący nalot; w hodowli kłutej rośnie na podobieństwo jodły przewróconej; na płytkach Petriego tworzy guziczki szarobiaławej barwy.

W hodowlach kłutych na żelatynie rozrastanie się w kształcie drzewka jodłowego nie jest wyraźne, ale takie hodowle w termostacie, przy 30—34° dają możność rozrastania się nitek, tak jak w bulionie, poczem, gdy żelatyna zastygnie, nitki pozostają w tem położeniu, jak wyrosły w termostacie.

Rozrost hodowli na surowicy krwi jest taki sam, jak na agarze; na ziemniaku hodowle niewidoczne. *Tetradiplococcus filiformans* ma charakter tlenowca i nie rozrasta się w atmosferze CO_2; stwierdzono to przy pomocy przyrządu do hodowli beztlenowych kilkakrotnie. Szczepienia T. f. na spojówkę i pod skórę królikom nie dały wyniku dodatniego.

Zabarwienie udaje się przy pomocy zwykle używanych sposobów i podług Grama łatwo, lecz tetrady przy ogrzewaniu rozpadają się na oddzielne dwoinki lub ich pary. Dla odróżnienia tej postaci uważamy za najważniejszą cechę tworzenie się nici w hodowli bulionowej, jak to opisano wyżej.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie leczenia gruźlicy.

Napisał

Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

(Ciąg dalszy).

Koch, Ribbert, Arnold, Bouge, C. Fränkel, Schütz, Flügge dowodzą, iż najsilniejszy sposób zakażenia się ustroju następuje przez wdychiwanie, a więc przez narząd oddechowy (aërogene Infection). Milion razy więcej potrzeba prątków, aby ustrój mógł się zakazić przez przewód pokarmowy, a więc przez żywienie. Według Flüggego przez wdychiwanie rozkroplonych plwocin suchotników, a według Corneta przez pył, zawierający prątki gruźlicze, następuje zakażenie płuc. Wprost przeciwnie utrzymuje Behring, który jako główne wrota dla zakażenia się ustroju gruźlicą przyjmuje przewód pokarmowy. Zakażenie ustroju jadem gruźliczym następuje przez mleko krów chorych na perlicę. Zarazem Behring utrzymuje, iż dorosły człowiek nie może odrazu zachorować na gruźlicę, lecz musi przejść poprzednio przez okres utajonej gruźlicy, nabytej w dzieciństwie. Calmette, Guerin, Schlossmann, Vallée, Engel przyjmują teoryę Behringa,

t. j.: iż zmiany gruźlicze w płucach są pochodzenia jelitowego, atoli według nich gruźlica płuc może się rozwinąć i w wieku późniejszym, a nie musi sięgać wieku dziecinnego. Prątki gruźlicze mogą przejść przez ścianę jelita i przez gruczoły krezkowe bez zmian i dopiero w gruczołach oskrzelowych więzną i tam się rozmnażają; do narządów wewnętrznych dostają się wraz z leukocytami wielojądrzastymi. Do wytworzenia się zmian gruźliczych, t. j. do powstania gruzełków dochodzi dopiero wówczas, gdy dużo prątków dostanie się do ustroju i gdy często powtarzają się zakażenia. Podobnie i Aufrecht przyjmuje zakażenie gruźlicze od przewodu pokarmowego Według niego jad gruźliczy z migdałków dostaje się do gruczołów szyjnych i piersiowych, a następnie do drobniuchnej tętniczki płucnej (przed rozgałęzieniem się jej w naczynia włoskowate) i wywołuje w niej schorzenie ściany. Naokoło schorzałego naczyńka wytwarza się martwica tkanki; do tego ogniska następnie dostają się prątki i w niem się rozmnażają. Aufrecht podnosi z naciskiem, iż gruźliczy gruzełek w płucu — podobnie jak w nerkach i śledzionie — rozwija się zawsze od drobniuchnych naczyń tętniczych krwionośnych. Bandellier i P. Grawitz nie uważają migdałków za wrota dla dostawania się jadu gruźliczego u dorosłych; według nich tylko u dzieci dostają się prątki gruźlicze do ustroju przez migdałki, przyczem gruźlicę migdałków naówczas częstokroć dopiero pod drobnowidem można wykazać. Baumgarten przyjmuje zakażenie łożyskowe gruźlicze u noworodków.

Spostrzeżenia moje kliniczne i anatomiczno-patologiczne, oparte na dwudziestokilkoletniem doświadczeniu przemawiają za tem, iż w przeważnej ilości przypadków pierwotne zakażenie ustroju jadem gruźliczym następuje drogą narządu oddechowego przez wdychanie, znacznie rzadziej przez przewód pokarmowy, a bardzo rzadko przez obrażenia powłok zewnętrznych i krążenie łożyskowe. Natomiast chorzy, dotknięci pierwotną gruźlicą płuc ulegają prawie zawsze następowo wtórnemu zakażeniu od przewodu pokarmowego przez połykanie plwocin, zawierających prątki gruźlicze. Tę ostatnią okoliczność należy uważać za jedną z głównych przyczyn, dla których opanowanie sprawy gruźliczej u chorego natrafia na takie trudności.

Uwzględniając powyżej przytoczone fakty co do przebiegu zakażenia gruźliczego w ustroju ludzkim, postanowiłem w ten sposób zadziałać środkami leczniczymi, aby z jednej strony zmniejszać siłę jadu prątka gruźliczego i zapobiegać zakażeniu wtórnemu przez przewód pokarmowy, a z drugiej strony podnieść ogólną odporność ustroju. W tym celu stosowałem w połączeniu środki lecznicze, znane już ze swego skutecznego działania w gruźlicy, jak: przetwory kreozotu *(Kali sulfoguajacolicum — Gujasanol)*, środki antyseptyczne *(Eucalyptol, Thymol, Salol)*, środki wzmagające przemianę materyi i wywołujące leukocytozę (atoksyl, hetol), sole wapniowe *(Calcium chloratum)* i w bardzo małych dawkach przetwory tuberkulinowe. Pomiędzy przetworami kreozotowymi wybrałem prócz *kali sulfoguajacolicum* i *gujasanol*, t. j. chlorek dyetylglycokollgwajakolu, zalecony przez Buchnera, Heinza, Eichorna [»Münchener med. Wochens.« 1900, Nr 1] i Schäffera (»Münch. med. Wochs.« 1903, Nr 31), który można stosować w dość dużych dawkach i w rozczynach podskórnie bez szkody. Wybrałem ten środek i dlatego, że częścią składową jest i *glycokoll* (kwas amidooctowy), nie obojętny dla prątka gruźliczego. Według odnośnych badań gujasanol w ustroju bardzo łatwo rozkłada się na gwajacol i bardzo łatwo ulega wessaniu, a działa odkażająco w tym stopniu, co kwas borowy. Eukalyptol, thymol, salol znane są jako środki silnie odkażające, przyczem eukalyptol zmniejsza i wydzielinę błon śluzowych. Atoksyl (Metaarsensäureanilid) jako sól kwasu amidofenylarsenowego jest 40 razy mniej trujący, niż kwas arsenawy, a działa bardzo korzystnie, używany w odpowiedniej dawce, na przemianę materyi i zwiększenie odporności ustroju, przytem odznacza się znaczną siłą bakteryobójczą dla prątka gruźliczego. Dzielnie wzmaga działanie atoksylu hetol przez wywoływanie leukocytozy neutrofilnej, przez co ustrój zyskuje warunki niepoślednie do uodporniania. Chlorek wapniowy *(Calcium chloratum)* posiada własności przeciwkrwotoczne. Z przetworów tuberkulinowych okazały mi się skuteczne: *Tuberculol A siccum Merck* lub *Tuberculinum siccum Höchst* w bardzo małych dawkach (0,000002 g). (Tuberkulol B i C działały niekorzystnie) i Tuberal Dr Tham (przetwór, zawierający albumozy, w bardzo małych dawkach albuminy prątków gruźliczych, uwolnione od innych toksyn trujących) — jako środki wpływające na istotę prątka gruźliczego przez t. z. aktywowanie. Po dłuższych poszukiwaniach doszedłem do przekonania, iż powyższe środki lecznicze chorym najlepiej stosować równocześnie w postaci pigułek i wstrzykiwań podskórnych według następujących wzorów:

1) Rp. *Eucalyptoli 2.*
Cerae flavae liquefactae 1,00
dein adde post refrigerationem:
Calcii chlorati cryst. p. 1,50
Kali sulfoguajacolici 10.
Chinini muriatici
Saloli āā 5.
Mentholi 1.
Pulv. liquir. q. s. f. l. — pill. N. 200
Consperge c. pulv. Cort. cynamoni. (rad. irid. florentini). D. ad lag., S. trzy razy dnia po jedzeniu po 2 pigułki zażyć.

2) Rp. *Thymoli*
Hetoli āā 0,02
solve in aqua callida 50.
dein post refrigerationem adde:
Stovaini 0,15
Atoxyli 0,25
Guiasanol 5.
Tuberculoli sicci A. Merck
(tuberculini sicci Höchst) 0,0001
Natri chlorati 0,9
Aq. destill. sterilis. ad 100.
filtra. S. Nr I. do wstrzykiwań.

3) Rp. *Thymoli*
Hetoli āā 0,02
Solve in aqua callida 50.
dein post refrigerationem adde:
Stovaini 0,15
Atoxyli 0,25
Gujasanol 5.
Tuberal Dr Thamm 1.
Natri chlorati 0,9
Aq. destill. steril. ad 100.
filtra. D. S: Nr II. do wstrzykiwań.

Pigułki w powyższy sposób przyrządzone mają tę własność, iż z nich zwolna przy ciepłocie ciała wydzielają się pojedyncze składniki w przewodzie pokarmowym i przez to działają powoli odkażająco na treść przewodu pokarmo-

wego, a tem samem i prątki gruźlicze. Płyny zaś oba przeznaczone do wstrzykiwań podskórnych posiadają własność bakteryobójczą w znacznym stopniu, a zarazem działają na skład krwi, powodując zwiększenie się ilości ciałek czerwonych krwi, zwiększenie się ilości hemoglobiny i leukocytozę neutrofilną [1]).

Pigułki zażywali chorzy przez cały czas leczenia — i później po 2—3 miesięcznej przerwie; wstrzykiwania podskórne wykonywałem zrazu codziennie, atoli później co czwarty dzień, gdyż przerwa dwudniowa prawie zawsze okazywała się korzystną i konieczną ze względu na przebieg kliniczny choroby. Wstrzykiwania wykonywałem w tkankę podskórną zapomocą dwugramowej strzykawki Lieberga, odkażając dokładnie za każdym razem strzykawkę i igłę w 5% rozczynie wodnym kwasu karbolowego. Igły należy często ostrzyć, gdyż prędko tępieją, a w razie tępej igły zabieg jest boleśniejszy. Miejsce wstrzykiwania na skórze należy oczyścić dokładnie 1‰ rozczynem wodnym sublimatu i następnie zmyć wyskokiem 96% i natrzeć eterem w celu znieczulenia chwilowego, a po wstrzyknięciu pokryć plastrem 5% salicylowym wielkości 5-koronówki. Wówczas, jeśli igła jest ostrą i szybko wykonane są wstrzyknięcia, chory prawie nie doznaje zrazu bolu; dopiero po chwili występuje krótkotrwałe uczucie pieczenia. Do wstrzykiwań używałem na przemian płynu Nr I. i Nr II. Ponieważ oba płyny powyższe po dłuższym czasie brunatnieją nieco wskutek częściowego wydzielania się gwajakolu z gujasanolu, zapobiedz można temu w ten sposób, iż sporządza się w większej ilości n. p. 1 litra te płyny bez gujasanolu (wówczas dobrze się przechowują bez zmiany) i następnie w razie potrzeby przed rozpoczęciem wstrzykiwań dodaje na 100 gm tychże po 5 gm gujasanolu. Naówczas płyny nietylko nie ulegają zmianie, ale i nie wywołują u chorych uczucia silniejszego pieczenia.

W ten sposób wykonałem 5,276 wstrzyknięć podskórnych u 183 chorych gruźliczych (83 m., 100 k.) i nie zauważyłem nigdy żadnego ubocznego ujemnego działania ze względu na sam zabieg. Za każdym razem wstrzykiwałem pełną dwugramową wstrzykawkę. Wyniki przedstawiają się następująco:

I. Gruźlica narządu oddechowego. Ogólna ilość chorych wynosiła 155 (77 m., 78 k.). Wstrzykiwania wykonywano w tkankę podskórną pleców. Chorzy znajdowali się w okresie nacieku (II.) ograniczonego do szczytów płucnych α) i w okresie rozpadu (III.) miąższu płucnego β).

α) W drugim okresie gruźlicy płuc leczyłem 71 chorych, t. j. 27 m. i 44 k. i to w ciągu roku:

1906 (8 m., 24 k.) 32 chorych,
1907 (10 m., 13 k.) 23 chorych,
1908 (9 m., 7 k.) 16 chorych.

U 38 chorych (12 m., 26 k.), t. j. 53,5% można było wykazać niewątpliwe obciążenie gruźlicze ze strony ojca lub matki; u 30 chorych (13 m., 17 k.), t. j. 42,2% wywiady wątpliwe, a u 3 chorych (2 m., 1 k.), t. j. 4,2% stanowczo ujemne co do obciążenia gruźliczego dziedzicznego.

[1]) Powyższych środków leczniczych dostarczała apteka krajowego szpitala św. Łazarza. Panu H. Muthsamowi, magistrowi farmacyi i zarządcy apteki szpitalnej, składam na tem miejscu podziękowanie za chętną pomoc i sumienne wykonywanie leków.

Wiek poszczególnych chorych, leczonych w tymże okresie gruźlicy płuc przedstawiał się następująco:

od 13—20 lat leczono chorych	18	(8 m., 10 k.),
» 20—30 » » »	30	(9 » 21 »),
» 30—40 » » »	18	(7 » 11 »),
» 40—50 » » »	4	(2 » 2 »),
» 50—60 » » »	1	(1 » — »).

Gruźlica trwać miała:

od 6 tyg. do 6 mies.	u 8	chorych	(5 m., 3 k.),
od 6 mies. do 1 roku	u 42	»	(11 » 31 »),
od 1 roku do 2 lat	u 9	»	(2 » 7 »),
3 lata	u 7	»	(4 » 3 »),
kilka lat do 6	u 5	»	(5 » 0 »).

Przeważnie leczono chorych inteligentniejszych, gdyż tylko 15 (5 m., 10 k.) ze stanu wyrobniczego, a zresztą:

rękodzielników	11	(7 m., 4 k.),
uczniów i uczennic	8	(2 » 6 »),
księży i zakonnic	13	(4 » 9 »),
nauczycielek	4	(— » 4 »),
żon obywateli	4	(— » 4 »),
urzędników i ich żon	7	(2 » 5 »),
przemysłowców i kupc.	4	(3 » 1 »),
literatów i artystów	4	(3 » 1 »),
kelnerów	1	(1 » — »).

Wogóle wykonałem w tym okresie choroby 1,903 wstrzyknięć podskórnych; największa ilość wynosiła w pojedynczym przypadku 64, a najmniejsza 8; średnio jednak wskazaną jest ilość około 30 wstrzyknięć. Poszczególnie wykonałem wstrzyknięć:

po 8—15	u 6	chorych	(3 m., 3 k.),
» 15—20	» 30	»	(13 » 17 »),
» 20—30	» 17	»	(6 » 11 »),
» 30—40	» 8	»	(3 » 5 »),
» 40—50	» 8	»	(2 » 6 »),
» 50—64	» 2	»	(— » 2 »).

Ze względu na zmiany anatomiczne i kliniczne u 44 chorych (13 m., 31 k.) można było stwierdzić tylko objawy nacieku szczytów płucnych *(infiltratio apicum)*; u jednej 19-letniej chorej oprócz zmian naciekowych w szczycie płuca prawego i objawy nieżytu krtani, jednak bez wybitnego tła swoistego (*infiltratio apicis d. laryngitis catarrhalis*), a u 26 chorych (14 m., 12 k.) obok nacieków w szczytach płucnych i albo przebyty lub istniejący krwotok płucny *(infiltratio apicum, haemoptoe)*. W przeważnej liczbie przypadków chorzy nie gorączkowali i okazywali dość dobre odżywienie ogólne.

Wszyscy chorzy znosili wstrzykiwania bardzo dobrze i już po 8—10 wstrzykiwaniach doznawali znacznej ulgi w oddychaniu. Zazwyczaj po tej ilości wstrzyknięć ustępywały poty, zmniejszał się kaszel i odpluwanie; ustępowała i gorączka, apetyt się poprawiał, siły wracały. Sen był zawsze dobry. Niekiedy po wstrzykiwaniach następował odczyn w postaci lekkiego wzniesienia się ciepłoty ciała, większej ilości rzężeń i silniejszego kaszlu, co jednak było przemijające. Krwioplucie stanowiło przeciwwskazanie do rozpoczynania wstrzykiwań; zazwyczaj dopiero w 3 tygodniu po ustaniu krwotoku chorzy poddawali się wstrzykiwaniom

Oprócz wstrzykiwań chorzy ciągle zażywali pigułki. W tym okresie choroby — po ukończeniu leczenia — w 4 przypadkach (2 m., 2 k.) zauważono znaczne polepszenie, a u 67 chorych (25 m., 42 k.), zmiany fizyczne w płucach prawie zupełnie ustąpiły, gdyż naówczas stwierdzono w miejscu poprzedniego nacieku na klatce piersiowej zaledwie wypuk krótszy i szmery oddechowe zaostrzone bez rzężeń. Mocz nigdy nie zawierał białka. Badania plwocin co do prątków pod koniec leczenia nie wykonywano, gdyż ilość prątków według mego doświadczenia nie stanowi kryteryum prognostycznego, lecz tylko dyagnostyczne dla sprawy gruźliczej w płucach. Natomiast badanie krwi stwierdzało już po 10—16 wstrzykiwaniach znaczne zwiększenie się ilości ciałek czerwonych we krwi, zwiększenie się ilości hemoglobiny i leukocytozę wielojądrzastą neutrofilną, co przemawia za

Liczba porz.	Imię i nazwisko	Wiek	Zatrudnienie	Rozpoznanie kliniczne	Ilość wstrzyknięć	Przybytek na wadze kg	Choroba od
1	E. S.	22	uczennica	Infil. pulm.	60	14	2 lat
2	J. Z.	28	ślusarz kol.	„ Heamopt.	30	10 1/2	8 miesięcy
3	K. K.	18	wyrobnik	„ —	28	10	12 miesięcy
4	H. Ż.	19	szarytka	„ Laryngitis	20	10	3 lata
5	L. G.	18	uczeń szkoły handlowej	„ apic.	36	9	kilku tyg.; brat † na ostrą gruźlicę w szpit.
6	J. R.	18	wyrobnik	„ „	20	8	roku
7	H. K.	28	obywatelka	„ „	45	8	2 lat
8	T. K.	20	wyrobnik	„ Haemopt.	20	7	1 roku
9	J. Cz.	14	wyrobnik	„ „	14	6	kilku miesięcy
10	X. B.	31	misyonarz	„ „	50	5	kilku lat
11	S. K.	23	wyrobnik	„ „	20	5	kilku lat
12	J. M.	26	dziennikarz	„ Enteritis	10	5	6 tyg.; przybytek na wadze w ciągu 28 dni
13	J. M.	28	szarytka	„ Haemopt.	35	5	pół roku
14	T. N.	30	wyrobnica	„ „	28	5	1 roku
15	W. K.	19	drukarz	„ „	38	4 1/2	3 lat
16	S. W.	29	zakonnica	„ —	20	4	9 miesięcy
17	M. S.	29	szwaczka	„ Haemopt.	47	4	6 tygodni
18	S. K.	36	fotograf	„ „	47	3	3 lat
19	S. G.	24	szwaczka	„ —	30	3	pół roku
20	J. O.	20	szwaczka	„ —	30	3	2 lat; 2 siostry † na gruźlicę w szpitalu
21	J. B.	22	naczycielka	„ Haemopt.	45	3	6 tyg.; siostra chora na gruźlice
22	Z. Sz.	16	uczennica	„ „	20	3	pół roku
23	R. Ch.	18	ślusarz kol.	Infil. pulm.	20	3	6 tygodni
24	W. N.	16	ślusarz kol.	„ Haemopt.	20	2,700	6 tyg.; ojciec † w szpitalu na gruźlicę
25	A. B.	32	wyrobnik	„ —	36	2	6 tygodni
26	J. R.	30	manipul.	„ Haemopt.	20	2	2 lat
27	K. M.	24	wyrobnica	„ „	46	2	4 miesięcy
28	K. S.	13	uczennica	„ —	32	2	1 roku
29	S. S	45	handlowiec	„ Haemopt.	8	1,200	kilku lat
30	E. B.	13	uczennica	„ „	17	„	2 lat
31	Z. L.	22	eksped. poczt.	„	20	„	kilku miesięcy
32	J. S.	40	służąca	„	30	„	pół roku
33	S. W.	26	wyrobnica	„	27	1	pół roku
34	A. S.	31	ż. adwok.	„ Haemopt.	20	„	kilku lat
35	K. C.	32	wyrobnica	„ „	9	„	roku
36	E. W.	25	szwaczka	„ —	20	„	5 miesięcy
37	M. A.	42	nauczyc.	„ —	20	„	2 lat
38	M. G.	34	ż. werkm.	„ —	28	0,7	3 lat
39	J. S.	23	nauczyc.	„ —	20	„	3 lat
40	K. K.	48	wyrobnik	„ Haemopt.	30	0,5	6 tygodni
41	A. S.	32	literat	„ —	20	„	1 roku
42	W. R.	27	ż. rysown.	„ —	35	„	pół roku
43	M. G.	19	szwaczka	„ —	30	„	2 lat
44	W. P.	33	ż. aktora	„ —	20	0,4	1 roku
45	J. W.	23	uczennica	„ —	64	0,3	6 miesięcy
46	N. A.	25	zakonnica	„ —	25	0,2	10 lat

podrażnieniem tkanki leukoblastycznej i erytroblastycznej szpiku kostnego. W 48 przypadkach (20 m., 28 k.) stwierdzić można było przybytek na wadze — niekiedy bardzo znaczny — gdyż w przeciągu 28 dni po 10 wstrzyknięciach o 5 kg, jak to powyżej przytoczona tabela bliżej wyjaśnia:

U pozostałych 23 chorych (7 m., 16 k.) nie można było zauważyć przybytku na wadze, a nawet i w nielicznych razach stwierdzono nieznaczny ubytek pomimo zresztą wcale korzystnego ogólnego wyniku leczenia. Taki stan pomyślny u chorych w tym okresie zwykł się utrzymywać przez kilka miesięcy, poczem wstrzykiwania powtarzano.

Dla objaśnienia kilka przykładów:

1) J. B., lat 22, nauczycielka prywatna, obciążona dziedzicznie, dość dobrze odżywiona. Od 6 tygodni chora; krwioplucie, dreszcze, poty, gorączka 40° C., uporczywy kaszel. Badaniem stwierdzić można stłumienie w obu szczytach, zwłaszcza w szczycie lewym; tamże szmery oddechowe oskrzelowe, rzężenia nieliczne. W plwocinach skąpe prątki Kocha. Chora otrzymała 45 wstrzyknięć w 58 dniach i opuściła szpital w stanie dobrym z przybytkiem 3 kg na wadze. Po 1 1/2 roku badana: zupełnie zdrowa.

2) Ks. B., lat 31, misyonarz. Od kilku lat chory; krwioplucie, poty, dreszcze, gorączka, kaszel. Odżywienie mierne, bardzo znaczne osłabienie i niezdolność do pracy. Oba płuca zajęte w częściach górnych, zwłaszcza prawe. Chory otrzymał w ciągu 6 miesięcy 50 wstrzyknięć; następnie przez 1 1/2 roku co tydzień jedno wstrzyknięcie w tkankę podskórną klatki piersiowej; prócz tego zażywał ciągle pigułki. Po 6 mies. chory czuje się wcale dobrze; nie kaszle, nie gorączkuje i nie poci się. Zmiany fizyczne w płucach ustąpiły i tylko w szczycie płuca prawego wypuk krótszy z przodu do 3. żebra, a z tyłu do grzebienia łopatki przy zaostrzonych szmerach oddechowych; brak rzężeń. W czasie powyższego leczenia w ciągu pół roku przybytek o 5 kg na wadze, co stale się utrzymuje. Obecnie chory jest tak zdrów, iż może spełniać swe obowiązki duszpasterskie z całą gorliwością.

3) J. M., lat 26, dziennikarz, od 6 tygodni chory. Odżywienie mierne: kaszel, poty, dreszcze, wysoka gorączka, krwioplucie, brak łaknienia, czasami biegunka. Przyjęty do szpitala okazuje ciepłotę ciała pod wieczór 39,6° C., a badaniem stwierdzić można nacieki w obu szczytach płucnych, zwłaszcza w prawym. Po 10 wstrzyknięciach i przy zażywaniu pigułek w ciągu 28 dni bardzo znaczne polepszenie; ciepłota dochodziła najwyżej pod wieczór 37,9° C. na krótki czas, poty i dreszcze ustąpiły, kaszel i odpluwanie skąpe, apetyt się poprawił; chory w tym krótkim czasie przy wikcie szpitalnym zyskał 5 kg. na wadze. Chory z powodów prywatnych opuścił szpital.

(Dok. nast.).

Ze szpitala powszechnego w Samborze.

Przebicie powłok brzusznych z następowem wypadnięciem trzew.

Podał

Dr Zygmunt Lewicki, sekundaryusz szpitala.

Następujący zajmujący przypadek mieliśmy niedawno sposobność spostrzegać w szpitalu samborskim:

Dnia 21/9 1908 po południu przywieziono do szpitala gospodarza J. M., z Z., pow. samborskiego; podał on, że dnia poprzedniego po południu na polowaniu dzik postrzelony przebił mu kłem brzuch.

Stan obecny: Chory około 40-letni, dobrze zbudowany, bez gorączki, tętno wolne, słabo napięte.

W prawem podżebrzu od żebra 12-go wzdłuż łuków żebrowych ciągnie się przez brzuch rana prawie do pępka, drążąca przez całą grubość powłok aż do jamy otrzewnej. Z rany tej zwisają trzewia, mocno rozdęte, a mianowicie: okrężnica wstępująca, poprzeczna i kilka pętli jelita biodrowego. Okrężnica

wstępująca i poprzeczna pokryta złogami włóknika. Po odsunięciu trzew widać brzeg wątroby nieuszkodzony. Cała rana wraz z jelitami pokryta była brudną szmatą.

W uśpieniu chloroformem po odpowiedniem oczyszczeniu wypadniętych jelit fizyologicznym rozczynem soli kuchennej i powłok brzusznych takimże rozczynem i 1⁰/₀₀ sublimatem, począłem wprowadzać trzewia z powrotem do jamy brzusznej. Gdy już prawie byłem u celu zabiegu, operowany dostał tak gwałtownych wymiotów, że jelita mimo moje usiłowania z siłą zaczęły ponownie wypadać z rany. Chory zesiniał, a tętno było zaledwie wyczuwalne. Po dwu strzykawkach oliwy kamforowej tętno nieco się polepszyło i już bez uśpienia ze względu na groźny stan operowanego, starałem się po raz drugi wepchnąć trzewia do jamy brzusznej, co mi się w końcu z trudem udało.

O ile to było możliwe, bardzo starannie wymyłem ranę wacikami wyjałowionymi i 1⁰/₀₀ sublimatem, zeszyłem otrzewnę i warstwę mięśniową, a następnie skórę. Po ukończeniu tego wstrzyknąłem jeszcze raz kamforę i poleciłem chorego przenieść na salę.

Wbrew mojemu przekonaniu, że chory dnia następnego nie dożyje, przez pierwszych 5 dni — prócz wymiotów (przez dwa dni barwy fusowatej) — był przebieg pooperacyjny wprost znakomity, zupełnie bezgorączkowy. Tętno pełne, 80 na minutę.

Szóstego dnia począł chory skarżyć się na pieczenie w ranie, a ciepłota podniosła się do 38⁰ C.; wobec tego postanowiłem zmienić opatrunek. Dookoła rany silne zaczerwienienie i obrzęk, a w miejscu najniższem rany sączy się ropa. Odgłos w okolicy rany bębenkowy — a w jamie brzusznej żadnego nacieku otorbionego nie można było wykazać. Puściłem kilka szwów skórnych i zobaczyłem po wytarciu ropy wacikiem, że szwy na otrzewnej doskonale się trzymały, a ropa sączyła się tylko z warstwy mięśniowej i skórnej.

Przy codziennej zmianie opatrunku chory przestał gorączkować, a ropa ustała się wydzielać.

Pierwszy stolec był za lewatywą, a obecnie chory oddaje stolec już sam i ma się zupełnie dobrze.

Przypadek ten podaję do wiadomości, by zachęcić Szan. Kolegów do ogłaszania podobnych ran brzusznych z wypadnięciem trzew, jako bądźcobądź bardzo ciekawych ze względu na zejście, a również dlatego, że wykonanie zabiegu nawet w 24 godzin po zranieniu może dać wynik pomyślny.

Oceny i sprawozdania.

Kalendarz lekarski krakowski na rok 1909, ułożony przez Doc. Dra L. K. Glińskiego, znajduje się już na półkach księgarskich. Kształt zewnętrzny, druk, oprawa kalendarza nie odbiegły od typu osiemnastu jego poprzedników. Wręcz inaczej ma się rzecz z treścią: nowa Redakcya dołożyła wiele usiłowań, dodajmy, uwieńczonych powodzeniem, ażeby część informacyjną i naukową nietylko uzupełnić, ale przez wprowadzenie nowych działów, rozszerzyć i pogłębić. I tak: wznowiony i przerobiony »Spis środków lekarskich«, zawartych w »Podręczniku terapeutycznym«, znakomicie ułatwia oryentacyę; zgodnie z postępem lecznictwa »Podręcznik terapeutyczny« został przejrzany i uzupełniony nowymi nabytkami wiedzy i doświadczenia klinicznego; »Najwyższe dawki środków leczniczych« zostały ułożone podług ostatniego wydania farmakopei austryackiej. — Do całkowicie nowych działów należą: »Ważniejsze dane z epidemiologii i profilaktyki chorób zakaźnych« (zestawione przez Doc. Dra Drobę); »O odkażaniu podczas i po chorobach zakaźnych« (podane przez tegoż autora); »Pierwsza pomoc w nagłych przypadkach); »Sposoby wykonywania sztucznego oddychania«; »Ocena stopnia niezdolności do pracy skutkiem wypadków« (przez Dra Jankowskiego); »Tabela porównawcza zdrojowisk krajowych ze zdrojowiskami niemieckiemi i innemi zagranicznemi« przytoczona według Dra Dobrzyckiego. (Z »Tabeli« tej każdy lekarz łatwo będzie się mógł zoryentować, jakiemi zdrojowiskami krajowemi, względnie zagranicznemi, można zastąpić zdrojowiska pruskie). Do dalszych działów bądź wznowionych, bądź przerobionych i uzupełnionych należą: »Sztuczne kąpiele lecznicze«; »Tablica oznaczająca wzrost i wagę człowieka w różnych latach życia«; »Schematyzm lekarski«; wreszcie informacye o opłatach pocztowych i telegraficznych i t. p. Prócz tego zawiera kalendarz działy znane z lat dawniejszych.

Nad wszelkie zalecenia nowowydanego »Kalendarza« wymowniej przemawia o jego wartości informacyjnej i naukowej wyżej przytoczony spis działów nowych, oraz przerobionych i uzupełnionych, zwłaszcza, że działy te zostały opracowane przez wybitnych specyalistów; rękojmią zaś sumiennej ścisłości jest osoba samego wydawcy, Doc. Dra Glińskiego, któremu należy się uznanie, że pomimo swoich poważnych zajęć naukowych, był powolny wezwaniu zarządu Towarzystwa lek. krakowskiego i podjął się wydawnictwa, które wiele wymaga żmudnej pracy, a tak mało przynosi zadowolenia umysłowego.

Dr. A. Kwaśnicki.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Sauerbruch. **O życiu wspólnem** (*parabiosis*). (*Zjazd lek. i przyr.* Kolonia, 22. IX. 1908). S. omawia wyniki swych doświadczeń nad łączeniem ze sobą dwóch osobników zwierzęcych. Połączenie takie daje się uzyskać i wtedy spostrzegać można wiele ciekawych zjawisk. N. p. po obustronnem wycięciu nerek u jednego z połączonych osobników, osobniki te żyją znacznie dłużej, niż pojedyncze po wycięciu nerek, w końcu jednak ginie zwierzę operowane, a potem drugie. Śmierć następuje dopiero w 30—40 dni. Przy sekcyi spotyka się wybroczyny podopłucne i przekrwienie jelit u obu zwierząt. Nerki pozostałe u drugiego zwierzęcia są wybitnie powiększone. Zwierzęta, złączone sztucznie ze sobą, mimo to, że pochodzą z tego samego miotu i mimo że są karmione jednako, przedstawiać mogą znaczne różnice we wzroście i wadze, tak jak gdyby jedno żyło kosztem drugiego. — W dyskusyi oświadczył Wallstein (Halle), że pracuje nad łączeniem zwierząt różnych (n. p. kozy i owcy) w nadziei uzyskania nowych danych co do odporności ustroju.

K. A.

Conradi. **Łatwy sposób kliniczny hodowania ziarniaków nagminnego zapalenia opon.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 28). Autor centryfuguje płyn mózgowo-rdzeniowy i zlewając górne warstwy, ogrzewa je przez 1—2 godziny do 60⁰ C. Następnie dodaje 1 część płynu do 3 części obojętnej pożywki agarowej przy 40⁰ C. i wylewa rozczyn na płytki. Szczepiąc otrzymany z centryfugowania osad i wstawiając szalkę zaszczepioną w szalkę z wodą, otrzymuje bardzo bujne i charakterystyczne kolonie ziarniaków zapalenia opon. *Dr Skórczewski.*

Heyde. **O znaczeniu beztlenowców przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Medizinische Klinik* 1908, Nr 44). Rola beztlenowców w etyologii zapalenia wyrostka robaczkowego dotąd była lekceważona, a zupełnie niesłusznie. Badania H przemawiają właśnie za tem, że beztlenowce odgrywają w tej sprawie, jeżeli nie większą, to przynajmniej taką samą rolę, jak prątek okrężnicy i paciorkowce. To nieuwzględnienie beztlenowców pochodzi zapewne stąd, że badania takie są dosyć żmudne. — Haim starał się dowieść, że obraz kliniczny zapalenia wyrostka robaczkowego zależy od rodzaju drobnoustrojów, wywołujących tę sprawę, beztlenowców jednak wcale nie uwzględnił. A jednak wywołują one właśnie najcięższe postacie choroby, bo spotyka się je przy zgorzeli wyrostka i jego przedziurawieniu. W przypadkach takich spotykał H. w 98% beztlenowce i to w ilości, przeważającej ilość innych drobnoustrojów. Głównie spotyka się tu dwa typy beztlenowców: gnilne (cuchnienie ropy) i fermentujące. Tak zwane chemiczne zapalenie otrzewnej nieraz bywa wywołane w rzeczy samej przez beztlenowca.

K.

Doc. Werner. **O wpływie czerwieni szkarłatowej na nowotwory myszy.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 44). W. przeprowadził badania nad wpływem czerwieni szkarłatowej na nowotwory, sztucznie zaszczepione u myszy. Czerwień ta, jak stwierdził Fischer, pobudza silnie nabłonek do bujania. Wstrzyknięcie czerwieni w rozczynie olejnym zgęszczonym w nowotwór, wywołuje po kilku dniach żywe bujanie komórek i rozrost guza. Nie można jednak wstrzykiwać dużych ilości, albowiem wtedy powstają śmiertelne zatory. Wstrzyknięcie rozczynu w pobliże nowotworu wywołuje rozrost jego w stronę barwnika. Inaczej przedstawia się sprawa przy wstrzykiwaniach rozczynów wyskokowych. Rozczyny wyskokowe zgęszczone wywołują wy-

bitne kurczenie się tkanki, a w następstwie obumieranie i oddzielanie się części nowotworu. Objawy te spostrzega się jeszcze wyraźniej przy wstrzykiwaniu roczynów 50%. Rozczyny 20% wywołują niewielką martwicę w miejscu wstrzyknięcia, natomiast ze strony przeciwnej nowotwór rośnie szybciej. Nadmienić należy, że sama oliwa i wyskok nie wywierają podobnych skutków. *K.*

Prof. Ribbert. **W sprawie powstawania marskości wątroby.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 39). Autor stara się dociec przyczyny nierównomiernego rozłożenia ognisk marskich w wątrobie. Dochodzi do przekonania, że dzieje się to wskutek niemieszania się krwi, zawierającej ciała dla wątroby szkodliwe, a pochodzącej prawdopodobnie z żołądka i jelit cienkich, z krwią pochodzącą z jelita grubego i śledziony. Objaśnia to prawami fizycznemi o niemieszaniu się płynów jednogatunkowych bieżących; n. p. woda z dwu zlewających się rzek płynie zazwyczaj osobno, a jedynie na granicy zlewania nieco się miesza, również doświadczenie z wodą płynącą z dwu rurek szklanych w jedną (zabarwiona jedna karminem) daje podobny wynik. Stąd też krew w wątrobie, będąc nie pomieszana, działać będzie swymi szkodliwymi składnikami jedynie w pewnych miejscach, a w innych nie będąc trującą, lub będąc nieznacznie trującą, nie wywoła zmian zanikowych. Autor sądzi, że spostrzeżenia te tłómaczą dostatecznie obraz nierównomierny marskiej wątroby. *Dr Skórczewski.*

Medycyna wewnętrzna.

Watermann i Boddaert. **Wykrywanie wydzielin nadnercza we krwi i w moczu.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 25). Autorowie na podstawie badań chemicznych dochodzą do przekonania, że nie zostało dotąd udowodnionem, iż we krwi chorych na zapalenie nerek znajduje się zwiększona ilość adrenaliny; raczej przyjąć należy, że doświadczenia kliniczne, opierające się na próbie barwnej z chlorkiem żelazowym i na próbie Ehrmanna, świadczą raczej o obecności ciał, pochodzących od katechiny przyswędkowej. Te ciała bowiem, jak i kwas salicylowy, hydrochinon, rezorcyna, dają podobne w tych próbach wyniki. Za słusznością zapatrywań autorów świadczyłyby ujemne wyniki badań klinicznych Schlayera co do zawartości adrenaliny w surowicy krwi, wykonanych zapomocą działania jej na żywą ściankę naczyniową. Znajdowanie ciał przyswędkowych w większej ilości we krwi chorych na nerki, jest dość prawdopodobne. *Dr Skórczewski.*

Prof. Albers-Schönberg. **Gruźlica szczytów w obrazie rentgenowskim.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 20). Obraz szczytów płuc na zdjęciu rentgenowskiem pozwala upewnić się w wątpliwych przypadkach początkowej gruźlicy, jednak tylko bardzo dobre rentgenogramy mogą tutaj rzecz rozstrzygać. Autor podaje szereg wskazówek, jak należy je zdejmować, a więc poleca; okrągłą blendę 13 cm. w średnicy; lampa powinna być nowa i miękka, płyty Schleussnera, czas ekspozycyi od ½ do 1 minuty. Chorego rentgenuje A. w pozycyi leżącej, a blendę opiera o brodę. Prawidłowy obraz szczytów pozwala śledzić przebieg naczyń, jako rozgałęziające się cienie na jaśniejszem tle. W razie zaciemnień obrazu szczytów siatka naczyń ginie. Silnie od dołu odgraniczone zaciemnienie szczytu odpowiada klinicznie naciekowi plamy, odpowiadają ogniskom raczej wyleczonym, a smugi zrostom. Stwierdzić dalej można jako cienie złogi wapnia, a jako plamy jasne jamy w płucu. Czasem można stwierdzić ponad szczytem jasny pasek około 2 mm. szeroki, który ma pochodzić od nizkiego ustawienia szczytów płuc. Strzedz się należy wysnuwania wniosków z obrazów przeeksponowanych i naświetlonych przez lampę za twardą, dalej mogą wywołać pomyłkę twardzina skóry, asymetrya klatki piersiowej, powiększenie gruczołów, guzy i t. p. *Dr Skórczewski.*

Schlayer. **O wartości prześwietlania promieniami Roentgena dla wczesnego rozpoznawania gruźlicy płuc.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 20). Ponieważ prześwietlanie promieniami Roentgena dawało wyniki niepewne, używał autor jedynie zdjęć fotograficznych z płuc, wykonanych u chorego leżącego przy użyciu blendy o 15 cm w średnicy. Lampy używał S. miękkiej, a obrazy najlepsze otrzymywał przy nieco krótkiej ekspozycyi. Wśród 600 fotografowanych 350 chorych, podejrzanych o gruźlicę płuc, było badanych klinicznie. W 85% obraz Roentgena stwierdził wybitne zmiany szczytowe. Z tych 85% u 28% badanie kliniczne stwierdziło toczącą się sprawę gruźliczą, u 30% pouczyło o tem wstrzyknięcie tuberkuliny, natomiast u 25% trzeba było przyjąć gruźlicę nieczynną. U 6% chorych, gdzie osłuchiwanie lub też wstrzykiwanie stwierdziło czynną gruźlicę, zdjęcia rentgenowskie dały wynik ujemny. We wnioskach stwierdza S. z jednej strony wartość kontrolną zdjęcia rentgenograficznego, z drugiej strony niemożność wyłączenia gruźlicy nawet w razie ujemnego wyniku rentgenografii. *Dr Skórczewski.*

Baumann i Groedel. **Dwa przypadki choroby płuc w następstwie urazu.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 21). Przy upadku z roweru potłukł sobie chory autorów prawą stronę klatki piersiowej. Odrazu wystąpił gwałtowny ból, krwioplucie, po godzinie dreszcz, i rozwinęło się typowe, 6 dni trwające zapalenie płuc urazowe. Powstanie choroby ułatwić mogła zmiana gruźlicza w szczycie. Autor przypuszcza ze względu na natychmiastowe krwioplucie zranienie samego miąższu płucnego. Rozpoznanie potwierdzał i obraz rentgenowski. Natomiast u drugiego chorego, gdzie również po urazie przy mocowaniu się wystąpił gwałtowny ból i gorączka, a gdzie objawy kliniczne, jakoteż obraz rentgenowski pozwalały przypuszczać prócz wysięku w jamie opłucnej prawej, naciek zapalny w płucu prawem, obdukcya zwłok stwierdziła rzadkie złamanie pierwszego żebra pod obojczykiem, wielki krwiak, ugniatający cały szczyt płuca i dający w obrazie rentgenowskim złudzenie nacieku płuca, dalej zapalenie opłucnej, osierdzia i posocznicę. *Dr Skórczewski.*

Prof. Zia Noury Pascha i Doc. Haydar Bey. **Wąglik migdałków.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 33). Autorowie spostrzegali przypadek wąglika, gdzie punktem wyjścia choroby był prawy migdałek. Choroba rzekomo wystąpić miała na drugi dzień po napiciu się wody z brudnego dzbana i w przeciągu 2 dób nastąpiło zejście śmiertelne. Z powodu ogromnej rzadkości autorzy opisują ten przypadek; w piśmiennictwie znaleźli tylko 2 przypadki podobne. Zastanawiają się, czy z klinicznego obrazu można bez badania bakteryologicznego rozpoznać chorobę. Sądzą, że znamiennym objawem będzie tu rozlany obrzęk bez zaczerwienienia na szyi, i brak albo nizkie wznoszenie się gorączki. Mało znamienne natomiast jest wejrzenie samego obrzękłego migdałka z wrzodem, pokrytym szczupłym wysiękiem. *Dr Skórczewski.*

Schulz i Chiarolanza. **Doświadczenia nad przeciwzaczynem** (antyfermentem) **rozpuszczającym białko.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 30). Autorowie badali wpływ przeciwzaczynowy (antyfermentatywny) płynów fizyologicznych i patologicznych, jakoteż zawiesiny roztartych narządów co do zdolności strawiania białka przez zaczyn zawarty w ropie. Posługiwali się uproszczoną nieco metodą Müllera-Jochmanna, polegającą na poddaniu płytki surowicy Löfflerowskiej działaniu kropli z ropy w rozmaitych rozcieńczeniach, i mieszaniny ropy rozcieńczonej z płynem badanym. Zagłębienie, powstałe w miejscu kropli na płytce po 24 godz. działaniu przy 55° C., świadczyć będzie o obecności zaczynu rozpuszczającego białko, względnie o zahamowaniu jego działania przez przeciwzaczyn. I tak: surowice krwi chorych na zapalenie płuc, nerek, dychawicę, krztusiec, padaczkę, na wady serca, alkoholików, dalej zawiesiny roztartego gruczołu przyusznego, podszczękowego, podjęzykowego, nerek, gruczołu tarczowego, gr. chłonnych, mięśni i nowotworów, zwłaszcza raków, okazywały wybitną zdolność hamowania proteolizy. Płyn natomiast mózgowo-rdzeniowy, zawiesina roztartej wątroby, płuc, miała nieznaczną zdolność hamującą; zdolność ta wzrastała w płynach wysiękowych i przesiękowych ze wzrostem zawartości białka. Doświadczenia kontrolne stwierdziły względną dokładność doświadczeń, zwłaszcza przy użyciu płytek równocześnie zrobionych. *Dr Skórczewski.*

Halász. **Laktozurya trawienna przy chorobach żołądka.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 19). Podając 150 gr cukru mlecznego naczczo, czy to u człowieka zdrowego, czy u chorego na choroby innych narządów, nie żołądka, nie wywołamy pojawienia się cukru mlecznego w moczu. H. stwierdził to u 45 chorych. Natomiast analogicznie do dawnych spostrzeżeń laktozuryi u osób, skazanych na dyetę mleczną, u osesków z przewlekłym nieżytem jelit, u matek po odstawieniu dziecka od piersi, spostrzegał autor cukier mleczny w moczu po dodaniu 150, a nawet 120 gr naczczo u 23 chorych z rozszerzeniem żołądka, wywołanem przez zwężenie nowotworowe odźwiernika. Autor przypuszcza, że czynnikiem, wywołującym laktozuryę, jest raczej rozszerzenie żołądka, niż obecność ciał z nowotworem w związku pozostających, a niszczących zaczyn fizyologiczny, rozkładający cukier mleczny. *Dr Skórczewski.*

Cook. **Dyeta białkowo-tłuszczowa przy leczeniu niedomogi ruchowej żołądka.** (*Deutsche med. Wochenschr* 1908, Nr 19). Przed 8 laty, opierając się na zmniejszającem wydzielanie soku żołądkowego działaniu tłuszczów i na usunięciu węglowodanów z pokarmów w celu uniknięcia ich fermentacyi gazotwórczej, polecił Strauss podawać u ludzi, dotkniętych niedomogą ruchową żołądka, dyetę mięsno-tłuszczową. U 4 chorych z niedomogą ruchową żołądka (w tem dwa przypadki w następstwie zwężenia odźwiernika) stosował autor rzeczoną dyetę z ograniczeniem dowozu płynu i to tylko drogą dwu 300 gr wodnych lawatyw dziennie z dodatkiem cukru i soli. U chorych tych oznaczał zdolność ruchową żołądka sposobem Straussa-Levy, polegającym na podaniu pewnej ilości pieczywa ze stałą zawartością tłuszczu i oznaczeniu w wydobytej całej zawartości żołądka po 1. godzinie ilości tłuszczu w drodze refraktometrycznej. U wszystkich chorych stwierdził C. bardzo znaczne polepszenie podmiotowe, wzmożenie się zdolności ruchowej żołądka, natomiast wydymając żołądek, nie stwierdził anatomicznego zmniejszenia się rozszerzonego żołądka. *Dr Skórczewski.*

Liebmann. **W sprawie leczenia przewlekłego zaparcia stolca.** (*Wiener klin. Wochs.* 1908, Nr 39). Przy stosowaniu opaski brzusznej u kobiet z powodu nerki wędrującej, przekonał się L. niejednokrotnie, że to podtrzymanie powłok wpływało zarazem bardzo korzystnie na istniejące równocześnie przewlekłe zaparcie stolca. Zaczął też L. polecać opaskę przy samych zaparciach i otrzymywał często skutek bardzo wybitny, nawet w tych przypadkach, gdzie stolec dotąd udawało się wywołać jedynie środkami przeczyszczającymi. To korzystne działanie opaski tłómaczy sobie L. podniesieniem kiszki grubej przez opaskę ku górze, a przez to usuwaniem zagięć i załamań, zatrzymujących w drodze kał. *K.*

Westenrijk. **W sprawie leczenia mąką owsianą.** (*Wiener klin. Wochenschr.* 1908, Nr 36). Autor opisuje ciężki przypadek cukrzycy z kliniki Noordena, leczony w 2—3-dniowych okresach rozmaitemi dyetami, jakoto: ścisłą, owsianą, jarzynową, pszeniczną, owsianą i zredukowaną mięsną. Dyeta owsiana okazała się za pierwszym razem niezbyt wyraziście korzystną, za drugim razem jednakże była znakomicie znoszona i skuteczna. Zwłaszcza jednak odbijał korzystnie okres leczenia mąką owsianą, przy którym wprowadzano do ustroju 68% węglowodanów, od okresu pszenicznego, przy którym wprowadzano 64% węglowodanów. *Dr M. Blassberg.*

Gnezda. **Melanurya przy gruźlicy jelit.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 27). Do ogłoszonych w latach ostatnich spostrzeżeń melanuryi przy zapaleniu otrzewnej, gruźlicy jelit i zapaleniu nerek dołącza autor przypadek gruźlicy jelit z równoczesnem zapaleniem nerek. Melanuryę, a właściwie melagenuryę spostrzeżono tuż przed śmiercią po zabiegu operacyjnym. Melanina, otrzymana z moczu, zawierała siarkę i żelazo. Autor, opierając się na doświadczeniach Wadsacka, przypuszcza, że w danym wypadku zapalenie nerek było pośrednią przyczyną melanuryi, ponieważ kłębki nerkowe, odznaczające się przepuszczalnością dla białek, przepuszczają również i melanogen. W 2 przypadkach, ogłoszonych przez Senatora, stwierdzono takie zapalenie nerek. *Dr Skórczewski.*

Roepke. **W sprawie cholerowatego zatrucia rybami** (*Ichthyismus choleriformis*). (*Archiv f. Verdauungskrankh.* T. XIII. Z. 4). R. opisuje zatrucie, które się pojawiło u 114 chorych i 25 osób personalu służbowego w szpitalu po spożyciu ryb. R. dzieli chorobę według czasu trwania na 3 postacie; lekką 1—2 dni, średnią do 4 dni, oraz ciężką do 4 tygodni. Klinicznie objawia się zatrucie to w postaci ostrej choroby gorączkowej, przy której stale występują bole głowy, brzucha, oraz biegunka. Gorączka miewała typ trojaki: 1) nagłe wzniesienie się i przełomowy spadek w ciągu 12 godzin, 2) nagłe wzniesienie się i nagły spadek w ciągu 24 godzin; 3) nagłe wzniesienie się do najwyższej ciepłoty w dniu zatrucia i schodkowate zejście krzywej ciepłoty dnia następnego. W żadnym przypadku nie zauważono dalszych złych następstw. Jako najlepszy środek poleca R. kalomel obok leczenia objawowego. *Schudmak.*

Schwarz. **Leczenie promieniami Röntgena choroby Basedowa.** (*Wiener klin. Wochenschr.* 1908, Nr 38). Leczenie choroby Basedowa zapomocą promieni Röntgena podjął pierwszy w r. 1905 chirurg Beck z Nowego Jorku. Praca S. oparta jest na dawniejszych przypadkach, oraz na 40 własnych spostrzeżeniach. Terenem działania promieni X przy chorobie Basedowa jest gruczoł tarczowy. Promienie te mają ogólną własność obniżania czynności gruczołów. Tak też i naświetlanie gruczołu tarczowego przedewszystkiem obniża chorobliwie wzmożone wydzielanie wewnętrzne. W ten sposób zmniejsza się stan hypertyreoidyzmu, czyli zatrucia wydzieliną gruczołu tarczowego, które według Moebiusa stanowi istotę choroby Basedowa. W niektórych przypadkach następuje nadto pod wpływem naświetlania promieniami Röntgena zmniejszenie się samego przerosłego gruczołu, a zatem zmniejszenie się ilości jego wydzieliny wewnętrznej. Promienie Röntgena musimy zatem uważać przy chorobie Basedowa za działające i usuwające wprost przyczynę cierpienia. Skuteczność naświetlania stanowi zarazem dowód, popierający teoryę Moebiusa, tłómaczącą istotę choroby Basedowa. Zapomocą promieni Röntgena dają się w chorobie Basedowa objawy nerwowe usunąć zawsze, a przyspieszenie tętna prawie zawsze, stan odżywienia poprawia się w dwóch trzecich, wysadzenie oczu w połowie, a wole w jednej piątej przypadków. Gdy leczenie chirurgiczne daje 80—90% pomyślnych wyników, przy 6—12% śmiertelności wskutek operacyi, to leczenie promieniami Röntgena daje 90% pomyślnych wyników, a przytem nie jest, zdaniem S., niebezpieczne i jest bezbolesne. *Dr M. Blassberg.*

Neurologia.

Prof Aschaffenburg. **Sztuczne omamy słuchowe przy obłędzie opilczym.** (*Deutsche med. Wochenschr* 1908, Nr 39). Autor starał się wywołać omamy słuchowe przy obłędzie opilczym zapomocą wmawiania choremu rozmowy przy użyciu telefonu domowego. W wielu przypadkach udawało mu się takie omamy wywołać. Wywołać je jednak znacznie trudniej, niż omamy wzrokowe przy ucisku na gałki oczne. Autor wypowiada zapatrywanie, iż omamy bywają wywoływane przez pobudkę obwodową, a nie powstają wewnątrz układu ośrodkowego. Stąd też tłómaczy łatwość wywołania omamów wzrokowych przez ucisk gałek, a względną trudność przy użyciu telefonu domowego, który prócz szmerów przy mówieniu, nie daje żadnych odgłosów, mogących stanowić bodziec obwodowy. *Dr Skórczewski.*

Bernheim. **O niemocie.** (*Revue de med.* 1908, Nr 9). Autor zwalcza zarówno klasyczne zapatrywanie, jak i rewolucyjne poglądy paryskiego neurologa Mariego na niemotę, rozwija zaś na podstawie dawnych swoich prac i nowych swych spostrzeżeń własne zapatrywania na niemotę. Według B. niema w mózgu ośrodka ani dla pamięci wyrazów, ani dla artykulacyi fonetycznych, ani dla pamięci słuchowej i wzrokowej. Pewne okolice mózgu pozostają wprawdzie w pewnym wybitniejszym związku z zaburzeniami mowy dźwiękowej i pisanej, atoli zaburzenia te mogą istnieć bez zajęcia lub przy nieznacznych zmianach tych okolic i mogą istnieć bardzo charakterystyczne różne odmiany niemoty przy odmiennej topografii anatomo-patologicznej. Według B. należy bowiem uwzględnić, oprócz zmian makroskopowych i mikroskopowych, także i zmiany dynamiczne, niedostępne dla naszych środków badania. Ten dynamizm mózgowy w znacznej części przypadków wchodzi w grę w różnym stopniu, zależnym od indywidualności i nie zawsze pozostaje w związku z rozległością i topografią widocznych uszkodzeń. *Dr M. Blassberg.*

Prof. Westphal. **Leczenie kurczów.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 39). Baczną uwagę zwrócić należy na przyczynę, wywołującą kurcze padaczkowe, jak polipy nosa, blizny głowy, pasorzyty przewodu pokarmowego. Usunięcie ich może usunąć i kurcze. W. poleca chorym życie spokojne bez wzruszeń i nadmiernej pracy, odżywienie przeważnie roślinne bez ostrych przypraw i nadmiaru soli, wzbrania używania wyskoku, mocnej kawy i herbaty. Za jedyny lek wskazany uważa W. brom w rozczynach, przez długie miesiące zażywany w ilości 2—3 gr. dziennie, zwiększając do 56 gr.; — poleca i jego przetwory: bromipinę i bromalinę. Leczenie makowcowo-bromowe Flechsiga ma skutecznie łagodzić i usuwać na pewien czas napady kurczów. Chory zażywa przez 7 tygodni od 0,05 makowiec 3 razy dnia, po tym czasie zwiększając dawkę do 1 gr. dziennie. Wtedy odstawiamy makowiec, a podajemy brom w dawkach 6—8 gr. dziennie. — Przy kurczach w przebiegu kiły, zatrucia wyskokiem, ołowiem, mocznicy, rzucawki poporodowej, cukrzycy, miażdżycy zastosować należy leczenie odpowiednie danemu cierpieniu. Bardzo ważną rolę w usuwaniu padaczki Jacksonowej odgrywa zabieg operacyjny. — Podczas napadu leczenie jest zbędne, zwrócić należy uwagę na ułatwienie krążenia i na przeszkodzenie mimowolnemu uszkodzeniu się chorego. Przy napadach częstych (*status epilepticus*) wodnik chloralu 2—3 gr. wewnętrznie, dobrze w połączeniu z morfiną. Histeryczne kurcze leczyć można bardzo wielu sposobami, jednak zawsze działającą będzie sugestya. Takie również działanie przy-

pisuje W. kozłkowi (*trac valerianae*), zapaliczce (*asa foetida*), castoreum Leczeniu histerycznych kurczów hipnozą sprzeciwia się, również nie uznaje sposobu leczenia Freuda.

Dr Skórczewski.

H. Hochhaus. **Choroby mózgu wywołujące zejście śmiertelne bez tła anatomicznego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 39). Autor podaje 7 spostrzeżeń u chorych z ciężkimi objawami mózgowymi i porażeniami za życia, zakończonych zejściem śmiertelnem, u których obdukcya zwłok nie stwierdziła zmian, przypuszczanych w mózgu. W pięciu przypadkach stwierdzono rozległą miażdżycę, w dwóch z nich blizny po przebytych udarach, w jednym świeżą niewielką wybroczynę w okolicy pochewki dolnej, nie tłómaczącą jednak zejścia, w dalszym przypadku posuniętą wadę serca. Przypadki te możnaby wytłómaczyć zmianami w krążeniu mózgowem, jakie mogły istnieć za życia tych osobników, trudniej natomiast wytłómaczyć sobie obecność porażeń i objawów mózgowych w przypadku marskości wątroby. Niezrozumiały jest natomiast przypadek zejścia śmiertelnego u mężczyzny zupełnie prawidłowego po uprzednich ciężkich objawach mózgowych z niedowładem ręki lewej, u którego obdukcya przyczyny objawów tych nie stwierdziła. Przypadek ten należałby według klasyfikacyi Nonnego do guzów mózgu wrzekomych. *Dr Skórczewski.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Przy przykurczeniach biodra na tle kurczowego porażenia rdzeniowego, zwłaszcza u dorosłych, poleca Prof. Walzberg (Minden) przecięcie ścięgna mięśnia lędźwiowo-biodrowego (*ileopsoas*) przy krętarzu małym z cięcia podłużnego, biegnącego wzdłuż zewnętrznego brzegu mięśnia krawieckiego, na 8—10 cm poniżej górnego przedniego kolca miednicy. *K.*

Przy resekcyi stawu biodrowego poleca Ahrens włożyć płat z mięśnia pośladkowego wielkiego w staw. Uzyskuje się przez to wcale dobrą ruchomość stawu. *K.*

Po resekcyach stawu kolanowego poleca Polini celem przyspieszenia zrośnięcia się kości zastoinę podług Biera. *K.*

Biodro szpotawe (*c. vara*) uważa Ortloph (Monachium) za bardzo częsty wczesny objaw zmięknienia kości. *K.*

Rozwijający się obecnie coraz więcej sport piłki nożnej usposabia bardzo do ostrych wysięków w stawie kolanowym. W leczeniu poleca Hartleib na zasadzie doświadczenia na sobie samym, leczenie gorącem powietrzem, opatrunek uciskowy i miesienie, a przedewszystkiem nie za wczesne wstawanie, gdyż nawroty następują tu bardzo łatwo. Należy zezwolić na wstanie dopiero wtedy, gdy już wszelkie objawy i wysięk zupełnie ustąpią. *K.*

Zboczenia przegrody nosowej poleca operować Prof. Kretschmann od strony jamy ustnej cięciem, biegnącem pod przyczepem wargi górnej. Przez to zabieg może być znacznie pewniejszy wskutek doskonałego dostępu do pola operacyjnego. *K.*

Przy przepuklinach uwięźniętych, nie dających się odprowadzić, poleca Rabl (Australia) jako ostatnią próbę przed operacyą wstrzykiwania atropiny w dawkach (1—6 mg!) na raz. W ten sposób udało mu się usunąć w 4 przypadkach przepukliny uwięźnięte, nie dające się już odprowadzić. *K.*

Skuteczność pierwotnego szwu pęcherza zależy podług Rennera (Bonn) w pierwszym rzędzie od stanu pęcherza i składu moczu. To też o ile możności powinno się przed operacyą leczyć pęcherz i wpływać na poprawę moczu (dyeta, płukania, środki odkażające mocz). Pęcherz najlepiej otwierać próżny, lub napełniony tlenem. *K.*

Uretroteleskop podał Kaufmann z Frankfurtu. Narzędzie to przez odpowiednie skombinowanie soczewek dozwala oglądać (każdemu oku, nawet krótkowidza), dokładne powiększone obrazy części przedniej i tylnej cewki moczowej. *K.*

Nerkę i wątrobę ruchomą umocowuje Gobiet zapomocą płytek magnezyowych, albowiem same szwy często przecinają miąższ tych narządów. *K.*

Przy białaczce wrzekomej (forma śledzionowa) uważa Remi (Neapol) wycięcie śledziony za bardzo pewny i trwały środek leczniczy. *K.*

Zapobiegawcze wstrzykiwania surowicy przeciwtężcowej wprawdzie w połowie przypadków, podług Viscontiego, nie mogą wstrzymać wybuchu choroby, jednakże przebiega ona wtedy łagodnie. Surowicy należy wstrzykiwać 20 cm³, a w tydzień znowu 20 cm³, prócz tego energicznie leczyć miejscowo i ranę zasypywać surowicą »suchą«. *K.*

Wystąpienie typowej choroby Basedowa po ostrem nieropnem zapaleniu tarczycy w krótkim czasie spostrzegał Apelt. *K.*

Operacyi wola przy chorobie Basedowa nie uważa Riedel (Jena) za niebezpieczniejszą, niż wola zwykłego. Wynik zależy od stanu serca i płuc, które i przy zwykłym wolu mogą być zagrożone. R. operuje tylko w znieczuleniu miejscowem i oszczędza tętnicę górną po jednej stronie, przy której zostawia $^{1}/_{5}$ płatu. Z 30 operowanych stracił jednego na zapalenie płuc. *K.*

Promieniotwórcze wody, a wól. Répin (Akad. Umiej. w Paryżu, pos. 12. X. 1908) zbadał 14 źródeł w Sabaudyi, gdzie wól występuje nagminnie, i stwierdził w nich wybitną promieniotwórczość (*radioactivitas*), zależną od radiothorium. R. sądzi, że silna promieniotwórczość jest właściwością wszystkich wód, dobywających się ze znacznych głębokości, w których wody stykają się ze skałami wybuchowemi. Może i powstawanie wola jest w związku z promieniotwórczością wód, gdyż nagminnie występuje on głównie w okolicach, gdzie formacye geologiczne są urozmaicone, a warstwy poprzemieszczane. Pod tym względem ciekawe też jest jedno ze spostrzeżeń Répina; w okolicach Bourg d'Oisans z 4 osób, używających wody ze źródła promieniotwórczego, 3 mają wole, u czwartej wól się rozwija; reszta ludności, używająca wody rzecznej, nie jest wolem dotknięta. (Wobec endemii wola u nas byłoby pole do sprawdzenia badań R.). *C.*

Przy silnych zakażeniach polecają Schatzky i Grjasnow z Moskwy śródżylne wstrzykiwania azotanu srebra (1: 10,000) do 500 cm. Po wstrzyknięciu występuje odczyn w postaci podniesienia ciepłoty, liczby tętna i oddechu, dreszcze, poty i w końcu spadek gorączki. *A.*

Tak zwana „phagocytyna Dra Zernika“ (podług fabryki czysty nukleinian sodowy) zawiera według ostatnich badań zakładu farmakologicznego w Berlinie w 1 cm³ 0·0028 arsenu. Według przepisu zaś ma się wstrzykiwać dziennie 2 flaszeczki po 1 cm³!! *K.*

Podawanie lekarstw przez wdychiwanie poleca Heryng. Niektóre działają przez to znacznie pewniej, n. p. piramidon, jodek sodu, strofantus i t. p. *K.*

Moszcz winny, jako napój niezawierający wyskoku i działający taksamo, jak świeże winogrona, poleca gorąco Grossmann (Berlin) tam, gdzie wskazane jest leczenie winogronowe, a zwłaszcza w gruźlicy, skazie moczanowej, gośćcu, nerwicach i t. p. Moszcz jest także bardzo dobrym środkiem mlekopędnym. Moszcz przechowywa się bez dostępu powietrza celem zapobieżenia fermentacyi. Leczenie winogronowe staje się nieraz plagą dla chorych, zmuszonych ciągle ssać, żuć i wypluwać skórki i pestki. *K. A.*

Otrucia kwasem szczawiowym podług Winogradowa (Kijów) cechują: uporczywe wymioty, małe i rzadkie tętno, bezmocz, obrzęki, zapalenie pęcherza, zmiany czucia skórnego (z jednej strony zmniejszenie, z drugiej przeczulica), zmniejszenie się krzepliwości krwi. Leczenie: płukania żołądka, olejek rącznikowy, *calcaria saccharata* i podawanie wód mineralnych, obfitujących w bezwodnik kwasu węglowego. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 4. listopada 1908 r.

Przewodniczy prezes kol. Borzęcki.

Obecnych członków 39.

W myśl uchwały Komitetu Towarzystwa lek. krakowskiego przedstawia Prezes Prof. Dra Kosińskiego z Warszawy na członka honorowego Tow. krak. celem oddania Mu hołdu w Jego roku jubileuszowym. Wniosek ten przeszedł jednomyślnie.

1) Prof. Kader przedstawił przypadek **rozszczepu podniebienia i warg**, oraz przypadek **słoniowaciny nogi.** W tym ostatnim przypadku jako jedyny radykalny środek radzi Prof. K. podwiązywanie tętnicy udowej. W dyskusyi nad tem zabierają głos Prof. Lewkowicz, Prof. Ciechanowski oraz Prezes Borzęcki, który nadmienia, że miesienie i kąpiele w po-

dobnych przypadkach czasem prowadzą do polepszenia. — Prof. Kader w odpowiedzi zaznacza, że więcej niż po miesieniu spodziewałby się po zakładaniu opasek uciskowych.

2) Kolega Owsiński przedstawia przypadek **wyjęcia macicy z powodu pęknięcia** jej wśród porodu. Prelegent opowiada przebieg ciąży i porodu, jak również opisuje sam zabieg wyjęcia macicy. W przypadku tym, mimo to że część położników i chirurgów radzi drenowanie jamy brzusznej, prelegent zaszył na głucho.—Nad tym szczegółem wywiązała się ożywiona dyskusya, w której zabierali głos kol. Ciechanowski, Dobrowolski, Kader, Rosner, Wojciechowski i prelegent.

3) Dr Rydel wypowiedział odczyt: **O obustronnem porażeniu twarzy** z demonstracyą chorych. (Rzecz przeznaczona do druku). Sekretarz: *Dr Cetnarowski.*

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

(Wydział lekarski).

III. ogólne posiedzenie z dnia 25. IV. (8 V.) 1908 r.

Obecnych członków 24, gości 8.

Przewodniczy wiceprezes Prof. Ziemacki.

Protokół z posiedzenia poprzedniego przyjęto.

I. Inż.-chemik p. W. Dzierzgowski wygłosił rzecz **O katalazie przewodu pokarmowego (żołądka i jelit).** (z pokazami odczynów chemicznych; praca wykonana w pracowni chemicznej Instytutu medycyny doświadczalnej). Podawszy na wstępie pojęcia zasadnicze co do oksydaz, co do katalazy, filokatalazy, antykatalazy, mowca zaznacza, że dotąd obecność katalazy była stwierdzona w płucach, wątrobie i nerkach. Otóż mowca chcąc przekonać się, czy istnieje katalaza przewodu pokarmowego, wykonał doświadczenia oddzielnie z żołądkiem i oddzielnie z jelitami. W obydwóch razach do doświadczeń używał zosobna błony śluzowej i ściany; siekał je drobno, sporządzał wyciąg wodny, a potem strącał wyskokiem. Osad oddzielał od cieczy zapomocą cedzenia i przekonał się, że ciecz nie posiada żadnego działania chemicznego, ma je zaś wyłącznie tylko osad, ponieważ po dolaniu do osadu wody utlenionej następował jej rozkład: wydzielał się tlen. Mniejwięcej 1 grm tego proszku z osadu przy działaniu wody utlenionej wyzwalał do 6000 ctm. sz. tlenu. Badania wykonano na zwierzętach: jak króliki, świnki morskie i inne, a także i na materyale ludzkim. U zwierząt, głodzonych przedtem, ilość tlenu była znacznie większa. Zaznaczywszy różnicę między działaniem zaczynów (fermentów), a innymi odczynami chemicznymi, mowca wypowiada zdanie, iż fermenty należą do ciał proteinowych.

Na zasadzie całego szeregu wyników z dokonanych doświadczeń mowca zestawia główniejsze wnioski:

1) Badania przewodu pokarmowego co do zawartości katalazy dały wyniki dodatnie.

2) Katalaza znajduje się w żołądku i kiszkach tak u człowieka, jak i u rozmaitych zwierząt, ptaków i ryb.

3) Przewód pokarmowy człowieka i zwierząt różnią się li tylko co do zawartości katalazy.

4) Katalaza znajduje się w przewodzie pokarmowym nietylko w ustroju prawidłowym, lecz i w czasie głodzenia tegoż.

5) Katalaza powstaje w zaraniu życia, t. j. jeszcze w czasie tworzenia się płodu.

Dyskusya: Doc. Orłowski zapytuje prelegenta o skład chemiczny tego fermentu i zaznacza, iż Rosenfeld otrzymywał oksydazy krystaliczne. Niekażdy ferment składa się z białka, ponieważ w niektórych fermentach znajduje się mangan, żelazo i inne metale, wobec czego mowca jest stanowczo przeciwny temu, ażeby zaliczać fermenty wyłącznie do ciał proteinowych. — Prelegent zgadza się na to zapatrywanie. — Przewodniczący w imieniu zgromadzenia składa podziękowanie prelegentowi za ciekawy odczyt.

Przewodniczący Prof. Ziemacki przed wygłoszeniem własnego odczytu zaprasza za zgodą zgromadzenia na przewodniczącego p. Szymona Dzierzgowskiego.

II. Prof. Ziemacki wygłosił rzecz: **W sprawie podniesienia produkcyi krajowej wyrobów farmaceutycznych i lekarskich, oraz szerszego rozpowszechnienia wód mineralnych krajowych.** Mowca zaznacza, iż w tym kierunku istnieje już dobrze opracowany artykuł pióra Dra Stefana Rudzkiego. Kierując się myślą przewodnią tej pracy, należy i nam tu na brzegach Newy spełnić ciążący na nas obowiązek obywatelski i społeczny, aby podnieść produkcyę krajową i dopomódz do usunięcia z obiegu środków pochodzenia niemieckiego, albowiem środki niemieckie nie mają żadnej przewagi i są czasami droższe od środków innego pochodzenia, jak n. p. szwajcarskich i francuzkich.

Dyskusya: Doc. Orłowski przypomina, że przed kilku laty, w roku 1902—1903, otrzymało »Koło lek. pol.« odezwę lubelskiego Towarzystwa lekarsk. Wtedy wybrano komisyę, która dotąd nie odbyła ani jednego posiedzenia. — Dr Wierciński wyraża zdanie, iż tak ważną sprawę należy podnieść na zebraniu liczniejszem, gdy będą obecni także farmaceuci. Należałoby przedtem wydrukować spis porównawczy wszystkich środków i wód mineralnych różnego pochodzenia, coby uwidoczniło tę różnicę, jaka rzeczywiście istnieje. — Prof. Ziemacki zapytuje, czy wogóle zgromadzenie uważa za odpowiednie obecnie już przystąpić do akcyi czynnej, chociażby w zasadzie. Wnosi, by wybrać komisyę, która będzie czynniejszą, niż poprzednia, nie z członków komitetu, ponieważ ci są obarczeni różnemi innemi czynnościami. — Dr Zakrzewski zaznacza, iż wtedy, gdy zbierała się pierwsza komisya, stosunki do Niemców nie były tak silnie zaostrzone, jak to jest obecnie. Dlatego też obecna komisya spełni swe zadanie chyba goręcej, niż poprzednia. — P. Szymon Dzierzgowski zauważa, iż lekarzom w Rosyi będzie zatrudno wyrugować z obiegu środki niemieckie dlatego, ponieważ aptekarze nie mają jednego i tegosamego środka z różnych fabryk. Nie można tu myśleć o szerszem działaniu, jak to jest w kraju. Otóż komisya, która będzie obrana, powinna to mieć na względzie. Do komisyi powinno być powołane liczne grono farmaceutów. — Doc. Sowiński podnosi, iż od słów do czynu bywa daleko. My lekarze możemy bawić się w przepisywanie środków francuzkich, szwajcarskich, a pp. aptekarze, nie posiadając ich, będą naturalnie wydawać niemieckie. Otóż powinniśmy przyciągnąć szeroki ogół aptekarzy i tylko działając wspólnie z nimi, można uzyskać jakieś wyniki pomyślne w tej sprawie. — Dr Wierciński zaznacza, iż zadaniem naszem nie powinno być bojkotowanie przemysłu niemieckiego, lecz popieranie przemysłu polskiego. — Doc. Sowiński i Dr Zakrzewski zgodnie wnoszą, ażeby komitet sam utworzył komisyę, zapraszając te osoby, które uzna za właściwe. — Wniosek ten przyjęto i uchwalono, ażeby komisya wypracowała do jesieni program akcyi czynnej.

W administracyjnej części posiedzenia 1) wybrano na członków korespondentów: Dra Franciszka Chłapowskiego z Poznania, Dra Heliodora Święcickiego z Poznania, i inż. technika Stanisława Towtkiewicza; członkami rzeczywistymi obrano: Dra Władysława Ratulda, lekarza-dentystę, A. Totwena, lek.-dent. Annę Andrzejkowicz, lek.-dent. Adama Wikszemskiego, lek.-dent. Edwarda Łokuciewskiego, lek.-dent. Mauryc. Pożaryskiego. 2) Uchwalono zaopatrzyć salę posiedzeń w czarną tablicę drewnianą i pulpit dla odczytów. Sekretarz *Zdzisław Sowiński.*

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Posiedzenie w dniu 24. września 1908.

1) Dr Żurawski, delegowany przez Towarzystwo na Zjazd przeciwgruźliczy w Washingtonie, jako przedstawiciel Towarzystwa lek. pol. w Chicago, oraz Towarzystw lekarskich i przeciwgruźliczych polskich z Europy, które nadesłały upoważnienia, — zdaje sprawę ze swej misyi. Na Zjeździe zaproponowano naszemu delegatowi tylko częściowe uznanie reprezentacyi polskiej, ponieważ zaproszenia do udziału w pracach Zjazdu były rozsyłane nie do ciał narodowych lub poszczególnych narodowości, lecz do rządów. Uznano Dra Żurawskiego oraz Dra Fronczaka, któremu również Towarzystwa krajowe nadesłały upoważnienia, za reprezentantów polskiej nauki i jako Polaków zamieszczono ich w spisie delegatów. Nie przyznano im jednak prawa oficyalnego reprezentowania narodu polskiego w rzędzie przedstawicieli poszczególnych rządów wobec faktu, że państwo polskie, ani rząd nie istnieją. Nasi delegaci zgodzili się na takie częściowe przyznanie prawa reprezentacyi i weszli w skład Zjazdu jako delegaci. Kiedy jednak odmówiono im udziału w przyjęciu urzędowem reprezentantów obcych narodowości przez rząd (prezydenta) Stanów Zjednoczonych, cofnęli swe uczestnictwo w Zjeździe, złożywszy protest na ręce sekretarza kongresu. Takim sposobem zaznaczyli delegaci prawa polskiej narodowości, jako odrębnej.

Zebranie wyraziło Drowi Żurawskiemu wotum zaufania i podziękowanie za pracę i sprawozdanie.

2) Dr Żurawski złożył następnie sprawozdanie o pracach Zjazdu przeciwgruźliczego: Część naukowa Zjazdu ustaliła

sprawę tożsamości lasecznika gruźliczego u zwierząt i u ludzi, co ma ogromne znaczenie w sprawie higieny zapobiegawczej. Co do leczenia swoistego przeważało zdanie, że przyszłość jego leży w leczeniu czystą tuberkuliną. Zjazd doszedł do przekonania, że sanatorya europejskie przewyższają amerykańskie pod względem leczenia, a także urządzeń. — Organizacya Zjazdu samego była wadliwa. Wysłano zaproszenia do rządów, a nie do ciał naukowych; niektóre rządy wysłały delegatów zupełnie nieznanych w świecie naukowym ze swych prac, którzy jednak reprezentowali rząd ze względu na swe wysokie urzędnicze stanowisko.

3) Towarzystwo Lekarzy Polskich otrzymało od Dra Sokołowskiego z Warszawy trzy tomy jego dzieł oraz szereg monografii, za co uchwalono wysłać mu podziękowanie.

4) Rozpatrywano uchwałę Związku Polek, który ustanowił opłatę za badanie 75 c. Postanowiono nie zgodzić się na uchwaloną płacę, oraz polecić Dr Olgert-Kaczorowskiej, by przedstawiła tę sprawę Zarządowi Związku Polek.

4) Uznano działalność Uniwersytetu Ludowego w Chicago za godną poparcia, uchwalono zalecić poszczególnym członkom zapisywanie się do tej instytucyi oświatowej, oraz wyznaczono 10 dolarów Uniwersytetowi Ludowemu tytułem wniesienia T. L. P. do spisu członków wspierających.

5) W sprawie powziętego przez Kasę Ludową projektu utworzenia przy tej kasie lecznicy ze zniżoną opłatą tylko dla członków kasy i z normalną opłatą dla publiczności — powzięło zebranie następującą uchwałę: »Działalność lecznicy ze zniżoną ceną odbiłaby się niekorzystnie na materyalnym bycie reszty członków Towarzystwa, którzy nie będą brali udziału w lecznicy przy Kasie Ludowej«.

Wobec tego Dr Szymański w porozumieniu się z obecnymi Dr Żurawskim i Dr Czakim oraz w imieniu Dra Kalińskiego, t. j. lekarzy, którym Kasa Ludowa powierzyła urządzenie i prowadzenie lecznicy, podał do wiadomości, że propozycyi tej nie przyjmą.

W dyskusyach zabierali głos Drowie: Stupnicki, Szwajkart, Napieralski, Bożyncz, Olgiert-Kaczorowska, Stobiecka, Gierałtowski, Xelowski, Czaki, Dobija, R. Ostrowski, Żurawski i Szymański.

6) Odczyt Dra Czakiego: **O konserwatywnem leczeniu w ginekologii** odłożono do przyszłego posiedzenia, mającego się odbyć dnia 31 b. m. Sekretarz: *Dr Jul. Szymański.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy polskich odbyło się 6. XI. posiedzenie Wydziału dla szpitalnictwa, na którem Dr Wanda Szczawińska z Paryża miała odczyt o domu dla dzieci-ozdrowieńców w Medan pod Paryżem, a Dr Jakimiak przemawiał w sprawie konkursów przy obsadzaniu posad ordynatorów w szpitalach, poczem uchwalono zwrócić się przez Zarząd Stowarzyszenia do magistratu m. Warszawy, aby nadal przy obsadzaniu posad ordynatorów stosowano prawo z r. 1862. — Na posiedzeniu Wydziału spraw bytu lekarskiego postanowiono, że wszelkie dodatkowe czynności przy chorym, n. p. wstrzykiwania podskórne, powinien wykonywać młodszy lekarz, a nie felczer. — 11. XI. otwarto uroczyście nowy lokal Stowarzyszenia. (Med. i Kron. lek. 46). *R.*

Założenia Związku lekarzy okręgowych, miejskich i gminnych, nie radzi Dr Gilnreiner (Głos lek. 22) czynić zależnem od liczby napływających zgłoszeń, do których wzywa komitet lekarzy okręgowych (por. »Przegląd lek.« 46.), ale przystąpić odrazu do utworzenia Związku, potrzebnego nietylko ze względów zawodowych, lecz także społeczno-higienicznych. *R.*

W sprawie Zjazdu lekarzy okręgowych prosi nas Dr Zasacki o zaznaczenie, że streszczenie jego referatu na Zjeździe lekarzy okręg. w Nrze 46 »Przeglądu lek., podane według »Głosu lek.«, a przedewszystkiem rzekomy wniosek, jakoby »należało się starać o zastosowanie pensyjnej ustawy państwowej do lekarzy okręgowych« nie jest zgodny z rzeczywistością. Dokładne sprostowanie podano w Nrze 22, a referat sam w Nrze 21 »Głosu lekarzy«. Streszczenie dokładne tego referatu znajduje się także w Nrze 45 »Przeglądu lekarskiego«.

W Sejmie nie zostały załatwione z powodu odroczenia sesyi następujące, gotowe już sprawozdania: komisyi sanitarnej: o wniosku posła Tertila w sprawie ustanowienia przy Wydziale krajowym osobnego organu dla spraw zdrojowisk i uzdrowisk krajowych, oraz o petycyi Jana hr. Potockiego o pomoc kraju dla przemysłu zdrojowego; o memoryale Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w sprawie reformy i zaprowadzenia ulepszeń sanitarnych dla chorych gruźlicą dotkniętych, a w szpitalach krajowych leczonych; o petycyi lwowskiego Towarzystwa ginekologicznego w sprawie kursów wakacyjnych dla położnych; o przedłożeniu Wydziału krajowego w sprawie budowy zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie pod Krakowem; o wniosku p. Cieńskiego w sprawie zwalczania gruźlicy, oraz komisyi szkolnej o wniosku posła Dra Kurowca w sprawie zaprowadzenia stałych lekarzy szkolnych w szkołach średnich. *R.*

Wprowadzenie lekarzy szkolnych w rządowych szkołach średnich w Galicyi, którego domagał się w ostatniej sesyi sejmowej poseł Dr Kurowiec, poparła sejmowa komisya szkolna w swem sprawozdaniu o wniosku Dra Kurowca. Komisya wniosła, by Sejm, uznając konieczność jak najrychlejszego zorganizowania lekarskiej szkolnej służby zdrowia w całej Galicyi, a przedewszystkiem wprowadzenia instytucyi lekarzy szkolnych w szkołach średnich, wezwał ponownie (jak już raz w r. 1905) rząd, aby z najbliższym rokiem szkolnym ustanowił lekarzy szkolnych w szkołach średnich. *R.*

Projekt ustawy lekarskiej (Ärzteordnung [1]), której od szeregu lat domagają się Izby lekarskie austryackie, a którąby obejmowała wszystkie postanowienia prawne, dotyczące zawodu lekarskiego, znosząc zarazem mnóstwo rozproszonych, obowiązujących dotąd (nieraz od przeszło 100 lat) rozporządzeń i reformując instytucyę Izb lekarskich, — będzie podobno wkrótce już przedłożony austryackiej Radzie Państwa. Przeszedł on mianowicie już przez narady w komisyach ministeryalnych i w Najwyższej Radzie Zdrowia, a czeka go jeszcze tylko zbadanie przez ministeryalne biura prawnicze.

Podstawą projektu ustawy nie jest w głównym zarysie nic innego, jak szkic, opracowany przez Izby lekarskie, uchwalony przez wiec Izb w r. 1902 i wniesiony potem do parlamentu w postaci wniosków poselskich, ostatni raz 28. VI. 1907 przez posłów Drów Dietziusa, Michla i tow. — Projekt Izb dzieli się na pięć rozdziałów: 1) Warunki wykonywania praktyki lekarskiej, 2) prawa i obowiązki lekarzy, 3) izby lekarskie, 4) rady honorowe, 5) postanowienia końcowe, i był swojego czasu dobrze znany ogółowi lekarzy; nie będzie jednak od rzeczy przypomnieć dziś główne jego szczegóły. Prawo praktyki według projektu Izb uzyskuje się przez wpisanie na listę lekarzy, do czego potrzeba obywatelstwa i dyplomu austryackiego, oraz roku praktyki w szpitalu po doktoracie (§. 1). [§. 2 projektu określa warunki, pod jakimi mogą praktykować cudzoziemcy]. O wpisanie na listę ma się lekarz sam postarać u odpowiedniej Izby (§. 3), która w pewnych przypadkach ma prawo wpisania odmówić (karna utrata dyplomu, obłąkanie i t. p.) (§. 4), a której prezes odbiera od wpisanego uroczyste przyrzeczenie przestrzegania ustawy (§. 5). Dopiero Izba donosi władzy politycznej o wpisaniu lekarza na listę (§. 7) i ogłasza o niem publicznie. Lekarz obowiązany jest opłacać wkładki do Izby i donosić jej do dni 14 o zmianie adresu; do Izb należeć muszą także lekarze wojskowi i rządowi, nie podlegając jednak sądowi Rady honorowej, do której zresztą nie mogą być wybrani (§. 9). Lekarzowi nie wolno ordynować w kilku miejscach z wyjątkiem tych przypadków, gdy to jest obowiązkiem służbowym lub warunkiem kontraktowym (§. 10). Poza okręgiem Izby wolno czasowo praktykować tylko: w zastępstwie kolegi, przy naradach lekarskich (konsyliach), w zdrojowiskach, na zasadzie zobowiązań kontraktowych lub umowy między Izbami (§. 11). Lekarz ma prawo, ale niema przymusu (z wyjątkiem zobowiązań kontraktowych) wystawiania świadectw, w których określić musi ich cel, ale nie potrzebuje wymieniać nazwy choroby. Za świadectwa lekkomyślne karze Rada honorowa (§. 12). W nagłych przypadkach ma lekarz (pod karą dyscypl.) obowiązek udzielić swej pomocy, z wyjątkiem tych przypadków, gdy go wzywający raz już wprowadził w błąd (§. 13); za taką pomoc wolno żądać zapłaty (§. 14); zresztą (poza §. 13) nie może być lekarz zmuszony do udzielenia pomocy (§. 15).

[1] Zdawałoby się najprościej przetłómaczyć »Ärzteordnung« wyrazem »ordynacya« w podobnem znaczeniu, jak mówi się o innych ordynacyach stanowych. Wszelako utarte wyrażenie »ordynacya lekarska« oznacza już zgoła co innego (przepis, zarządzenie lekarza); »Ärzteordnung« wypadnie przeto oddać wyrazem »ustawa lekarska« lub »o lekarzach«.

Posady w kasach chorych, Towarzystwach ubezpieczeń i t. d. wolno przyjmować tylko za kontraktem, przedłożonym przed podpisaniem Izbie (§. 16). Wolno odstąpić od leczenia chorego, wyraźnie mu to zapowiedziawszy i zostawiwszy czas na wyszukanie innego lekarza; doraźnie wolno odstąpić, (również wyraźnie to oznajmiając), gdy chory lub jego otoczenie nie słuchają zarządzeń lekarza, potajemnie wzywają drugiego lekarza, lub obrzucą lekarza obelgami (§. 18). §. 19 nakłada bezwzględny obowiązek tajemnicy lekarskiej; o tem, co chory lekarzowi powierzył, wolno lekarzowi w sądzie i wobec władz odmówić zeznań (§. 20). O chorobach zakaźnych (prócz gruźlicy przewlekłej) musi lekarz donosić władzom, za co ma być wynagradzany (§. 22). Wynagrodzenie za leczenie (honoraryum) wolno lekarzowi z góry sobie wymówić: Izby mogą wydawać obowiązujące taryfy minimalne (§. 24). Ubliżające godności stanu zajęcia uboczne są zakazane (§. 25).

Rozdział o Izbach lek. wprowadza ogromne zmiany w dotychczasowym zakresie działania i znaczeniu tych instytucyi, które nazwane są w projekcie Izb »władzą zawodową« (Standesbehörde). Zakres obrad i uchwał Izb obejmować ma nietylko wszystko, co dotyczy interesów, znaczenia, urządzeń dobroczynnych stanu lekarskiego, ale także to, co dotyczy rozwoju higieny publicznej i urządzeń sanitarnych; w tych sprawach mogą Izby występować z wnioskami do władz. Wiece Izb są ogólną reprezentacyą całego stanu lekarskiego (§. 29). Władze mają obowiązek zasięgać zdania Izb w całym zakresie ich działania; do krajowych Rad zdrowia wysyłają Izby po 2 delegatów (§. 30). Dalsze §§. (31—39) określają ustrój Izb i ich Wydziału, przepisy o wyborach do Izb i t. p. Ze szczegółów zasługuje tu na uwagę przepis, że Wydział Izby ma się składać z prezesa, 1 do 2 jego zastępców, 3 do 6 (najwyżej) członków. Wydział Izby ma prawo karać lekarzy za uchybienie obowiązkom wobec Izby (bez odwołania) — upomnieniem i grzywną od 10—100 K. (§. 40). — Rady honorowe mają być od Izby zupełnie oddzielone; wybiera je Izba z ogółu lekarzy, do niej przynależnych; do Rady hon. nie może należeć żaden członek Wydziału Izby. Rady hon. są sądami polubownymi i władzami dyscyplinarnemi, mogącemi wdrażać sprawy przeciw lekarzom samodzielnie (prócz lekarzy wojskowych i rządowych, którzy Radom hon. nie podlegają) (§. 42). — Rady honorowe mogą nakładać następujące kary: *a*) przypomnienie, *b*) ostrzeżenie, *c*) nagana na piśmie, *d*) grzywna do 1000 K., *e*) czasowe lub zupełne wykreślenie z listy lekarzy (a przez to odebranie prawa praktyki) (§. 43). (Jak wiadomo, §. 43 e) uchwalony został na wiecu Izb w r. 1902 większością głosów; mniejszość, złożona z 6 Izb, wśród nich wschodnio-gal., żądała wykreślenia tego punktu). Kary mogą być zaostrzone przez *a*) odebranie praw wyborczych w Izbie, *b*) ogłoszenie nazwiska skazanego i treści wyroku w organie Izby (§. 44). Grzywny, wpływające do kasy Izb, mogą być ściągnięte przez egzekucyę przez władze polityczne (§. 45). Wyrok wykreślenia z listy może zapaść tylko po 3-krotnych karach poprzednich. — §§. 47—55 określają procedurę Rad honorowych (między innymi postanawiają, by przy każdej rozprawie występował »oskarżyciel« z grona Wydziału Izby; oskarżony ma prawo mieć »obrońcę« — lekarza). Od wyroku Rady, jeśli grzywna wynosi ponad 100 K., można się odwołać do Wydziału Izby; przy zasądzeniu na wykreślenie z listy lekarzy wolno się odwołać do Senatu dyscyplinarnego Izb przy ministerstwie spraw wewn. (§. 58), który to senat składa się z 3 członków, wybranych na wiecu Izb, z jednego sędziego — prawnika i jednego urzędnika, mianowanych przez ministra (§. 59). Postanowienia końcowe oddają nadzór nad Izbami politycznym władzom krajowym, dając im prawo w razie przekroczenia ustawy lub zakresu działania uchwały Izby zawieszać, a nawet Izbę rozwiązywać (§. 62) i w takim razie wyznaczać komisarzy rządowych dla zarządu Izbą (§. 63); — wreszcie ministrowi zastrzeżono prawo wydania rozporządzeń wykonawczych do ustawy (§. 65).

Ten pierwotny projekt ustawy oddany został przez rząd do zaopiniowania Najwyższej Radzie Zdrowia. Osobny komitet tej Rady, złożono z Prof. Chrobaka, dyr. Dra Muchy, Prof. Jakscha, sekretarzy ministeryalnych Dra Daimera i Illinga, z dobraniem posłów Dra Dietziusa, Jägera i Wintera, oraz prezydentów Izb lekarskich wiedeńskiej i dolno-austr. Prof. Fingera i Dra Lista, opracował zmiany projektu na zasadzie referatu Dra Daimera.

Zmiany te, pominąwszy drobniejsze szczegóły formalne, dotyczą punktów następujących: W ustawie należałoby ściśle określić pojęcie »praktyki lekarskiej«, gdyż z powodu braku takiej definicyi zdarzało się, iż Najwyższy Trybunał interpretował to pojęcie inaczej, niż Izby lekarskie i Najwyższa Rada Zdrowia, Ustalenie tej definicyi wyjaśni odrazu, kto ma prawo do tytułu »lekarza«. Zdaniem Izb lekarskich pojęcie »praktyki lekarskiej« mieści w sobie wykonywanie wogóle zawodu lekarskiego i każdą czynność, podjętą na zasadzie dyplomu. Wprowadzenia obowiązkowego roku praktyki szpitalnej, jako warunku uzyskania prawa praktyki (§. 1), referent odradza, natomiast zwraca uwagę, czy nie należałoby jako warunku udzielenia prawa praktyki żądać dowodu sprawności fizycznej i umysłowej. Należałoby dalej w ustawie uregulować sprawę tytułu »specyalistów«. Lekarze, rozpoczynający praktykę, powinni się zgłaszać do władz politycznych, a te dopiero donosić o tem Izbom (odwrotnie, niż w pierwotnym projekcie). Władze powinny też być zawiadamiane o utracie prawa praktyki przez lekarza; przy tej sposobności zwraca referent uwagę, że odebranie prawa praktyki jest dla lekarza znacznie cięższą karą, niż n. p. dla adwokata. Zarówno tytuł lekarza, jak i prawo jego do wykonywania praktyki powinnyby w ustawie zyskać ochronę prawną; należałoby przeto w ustawie określić pojęcie »partactwa« i nałożyć na władze obowiązek wkraczania z urzędu (nawet bez zażalenia strony poszkodowanej) przeciw partaczom; prawo leczenia należy przyznać wyraźnie tylko lekarzom. Należy jednak rozważyć, czyby nie trzeba ograniczyć prawa stosowania w praktyce ogólnej nowych, niewypróbowanych jeszcze leków i sposobów. Obowiązek (przymusowej) pomocy lekarskiej należy nałożyć na lekarza tylko w tych miejscowościach, gdzie niema drugiego lekarza. Za pomoc, udzieloną w przypadkach nagłych, powinien nietylko lekarz mieć prawo »żądać wynagrodzenia« (§. 14), ale i strona powinna mieć »obowiązek je zapłacić«. Określając przypadki, w których lekarz może odstąpić od leczenia, powinna ustawa (§. 18) zapobiedz, aby to nie zdarzało się z powodów błahych, i dlatego należy ściślej określić »nieposłuszeństwo zarządzeniom« lekarza (mogące przecież pochodzić z nieświadomości) i pojęcie »obrazy«. W zakresie obowiązku tajemnicy lekarskiej wprowadza referent ograniczenia; lekarz nie powinien być zwolniony od zeznań przed sądem, powinien też donosić o sprawach, ważnych dla dobra publicznego. Obowiązek donoszenia powinien dotyczyć nietylko chorób zakaźnych, ale także niektórych zawodowych (§. 22). Za doniesienia o chorobach zakaźnych nie można lekarzom przyznać wynagrodzenia, bo obowiązek donoszenia nakłada ustawa sanitarna, oprócz lekarzy na tak wiele osób, któreby także za to trzeba wtedy wynagradzać, że państwo nie miałoby na to dostatecznych środków. Co do taryf lekarskich, to referent uważa taryfy średnie za właściwsze od taryf minimalnych. Należałoby dalej rozważyć, czy ustawa nie powinnaby zwolnić lekarzy: od obowiązków opiekunów sądowych, sędziów przysięgłych, znawców sądowych, zakazać zaś: sprzedawania i kupowania praktyki, porad listownych, jarmarcznej reklamy, wydawania świadectw o środkach tajnych, dawania prowizyi pośrednikom i wogóle używania pośredników (faktorów) w praktyce. Sprawę zgody chorych na operacye należy także ustawowo określić dla ochrony lekarzy przed zdarzającemi się potem wymuszeniami. O błędach lekarskich powinny orzekać zawsze i wyłącznie tylko Wydziały lekarskie z pominięciem zwykłych znawców sądowych.

Do rozdziału o »reprezentacyi« (nie »władzy«) zawodowej, (Izbach) należy włączyć §§. 1, 3—7, 9—10 pierwotnego projektu ustawy (t. j. postanowienia o zgłaszaniu praktyki i t. d.; referent proponuje tu zresztą różne zmiany formalne), którego zasadniczych postanowień co do Izb referent zresztą nie zmienia, zalecając jedynie obmyśleć środki, któreby skutecznie nakłoniły lekarzy do udziału w wyborach do Izb.

W rozdziale czwartym należałoby oprócz postanowień o Radach honorowych i postępowaniu dyscyplinarnem uwzględnić wzajemny stosunek lekarzy i chorych, stosunek lekarzy do kas chorych i t. p. Aby zapobiedz różnicom w wyrokach Rad honorowych przy Izbach i sądów honorowych wojskowo-lekarskich i t. p., należałoby zastrzedz n. p. udział delegatów Rad w tych sądach, lub tworzyć w odpowiednich przypadkach Rady honorowe wspólne. Karę dyscyplinarną z §. 43 e) (utrata prawa praktyki) należy dokładnie rozważyć z uwzględnieniem motywów mniejszości Izb, które się przeciw temu §. oświadczyły. Grzywny powinnyby wpływać do funduszów dobroczynnych, istniejących przy Izbach. Odwołanie powinno skazanemu przysługiwać przeciwko każdemu wyrokowi Rady.

Referat ten, szczegółowo streszczony nietylko przez prasę lekarską niemiecką, ale w głównych punktach podany nawet przez dzienniki polityczne wiedeńskie, był przedmiotem wyczerpujących obrad Najwyższej Rady Zdrowia w d. 7. i 8. X. b. r.

Dzienniki zapewniają, że został on w ogólnym zarysie przez Najw. Radę Zdrowia przyjęty i że uchwalono do niego poprawki, odpowiadające życzeniom ogółu lekarzy. *R.*

Rządowi weterynarze powiatowi mają być uważani za organa kontrolne po myśli § 2. ustawy o środkach spożywczych z 16 stycznia 1896 Dz. p. p. l. 89 z r. 1897, w przypadkach wykonywania nadzoru co do środków spożywczych i używek pochodzenia zwierzęcego. (Okólnik c. k. Namiestnictwa z 9 listopada 1908 l. 145677/VII b.). *T.*

Zmianą taryfy sądowo-lekarskiej w Austryi zajmował się Wiec Izb lekarskich, odbyty niedawno w Pradze, na zasadzie referatu, przygotowanego w Izbie lwowskiej przez Prof. Dra Sieradzkiego, a ogłoszonego obecnie przez autora celem obudzenia dyskusyi publicznej (Głos lek. 20). W projekcie swoim zbiera Prof. S. wynagrodzenie za »badanie sądowo-lekarskie osób« w jeden ustęp, zamiast dotychczasowego nieuzasadnionego rozdziału według rodzaju przestępstwa lub celu badania; należytość dzieli na 3 stopnie: 1) po 3 K. za czynności najprostsze, które ile możności ściśle określa i ogranicza, 2) 5—10 K., 3) 25 K., próbując przytem uwzględnić także lokalne stosunki zarobkowania lekarzy, a proponując połowę honoraryum za badania powtórne, aby zachęcić sądy do zarządzania ponownych oględzin. Należytość za sekcye podnosi Prof. S. znacznie, usuwa zaś zwrot za środki odkażające i t. p. Stara się dalej Prof. S. uwzględnić w projekcie taryfy najważniejsze nowoczesne metody badań sądowo-lekarskich, określić nieuregulowane dotąd wynagrodzenie za badania psychiatryczne, wprowadza jako nową zasadę wynagrodzenia, długość czasu, straconego przy komisyi, dalej rozróżnienie między wyjazdem w okręgu sądu, do którego przynależy lekarz, a sądu obcego, i oznaczenie w tym drugim przypadku wynagrodzenia według stanowiska lekarza. Dalej ogranicza Prof. S. w swym projekcie ilość przypadków, w których wyższa instancya sądowa zatwierdza wymiar należytości, i żąda w przypadkach spornych wysłuchania Izby lek., jako znawcy; w końcu dodaje uwagę o ryczałtowem wynagrodzeniu lekarzy.

Główne punkta projektu Prof. S. są następujące: 1) *a*) Badanie uszkodzonych cieleśnie w przypadkach najprostszych (obrażenia nieliczne i powierzchowne, dające się ocenić przeważnie oglądaniem zewnętrznem) 3 K, *b*) w przypadkach wymagających szczegółowego badania 5—10 K., *c*) przy szczególnie dokładnem badaniu lub dłuższem, naukowo uzasadnionem orzeczeniu 10—25 K. 2) Przy wymiarze należytości pod 1. *b*) *c*) należy uwzględnić także miejscowe stosunki zarobkowe lekarzy według taryfy, zatwierdzonej przez Izbę lek. Specyalistom nie można przyznać mniej, niż 20 K. 3) Za ponowne badanie połowa pierwszego wynagrodzenia. 4) Za badanie w nocy (9—7) wynagrodzenie podwójne. 5) Sekcya zwłok lub płodu 25 K. 6) Orzeczenie na zasadzie sekcyi 5—25 K. 7) Zewnętrzne oględziny zwłok lub płodu z orzeczeniem 6 K. 8) Obecność i dorada przy oględzinach i ekshumacyach za każdą zaczętą godzinę 10 K. (w nocy podwójnie). 9) Obecność i czynności przy rozprawach za każdą zaczętą godzinę 10 K. (w nocy 20 K.). 10) Studyum aktów 3—20 K. 11) Orzeczenie na podstawie cudzego wywodu 5—10, resp. 10—20 K. 12) Badanie gołem okiem narzędzi, plam, leków itp. z orzeczeniem 3—5 K. 13) Badania specyalne (drobnowidowe, chemiczne, biochemiczne, bakteryologiczne i t. d.) 10—50 K. (w projekcie wyszczególniono 7 rodzajów takich badań ze ściślejszem określeniem wynagrodzenia). 13) Badanie stanu umysłowego: *a*) jednorazowe 1—2-godzinne 20—30 K., *b*) każde następne 10—20 K., *c*) krótkie odwiedziny 3—5 K., *d*) wywód i orzeczenie, stosownie do trudności przypadku, 30—200 K., w przypadkach nadzwyczajnie mozolnych nawet więcej. 15) Stawienie się na wezwanie nadarmo 3 K. 16) W większych miastach, przy czynnościach pod 1, 14, 5, 7, 8, zwrot za fiakra. 17) Komisye zamiejscowe, oprócz kosztów podróży, dyet i należytości taryfowych za dokonaną czynność: *a*) w okręgu sądu, do którego znawca należy, za każdą zaczętą godzinę 5 K., *b*) w okręgu sądu obcego 10—20 K. 18) Każdy z wezwanych razem znawców ma prawo do pełnej należytości. 19) Trybunał II-giej instancyi zatwierdza tylko wymiar ad 13, 14, 17. Przy zażaleniach lekarzy na wymiar może sąd zasięgnąć zdania Izby lek. 20) Ryczałtowe wynagrodzenie ma być obliczone według wydatków danego sądu w poprzedniem trzechleciu; lekarz nie może opuścić więcej niż 20% z tak obliczonej średniej.

Z powodu tego projektu uważa Dr Markl (»Głos lek.« 21) następujące zmiany za konieczne: Z taryfy powinno być usunięte postanowienie, że sędzia może według uznania przyznać wyższe lub niższe wynagrodzenie według tego, czy czynność była »więcej lub mniej szczegółowa«. Sędzia tego ocenić nie może, jaka była czynność lekarza, a takie ogólnikowe określenie bywa nieraz przyczyną niemiłych konfliktów. Rodzaj czynności i wysokości wynagrodzenia powinny być ściśle i dokładnie w taryfie podane; i tak n. p. za badanie sińców, podbiegnięć krwawych, starć naskórka, blizn, oparzeń I. stopnia 3 kor., za badanie ran, złamań, zwichnięć 6 kor., za badanie ogólnego stanu zdrowia, celem stwierdzenia odbytego porodu i t. p. żmudniejsze badania 10 K. i t. d. Niektóre należytości należy koniecznie podwyższyć, n. p. za orzeczenie, oparte na wyniku sekcyi zwłok, w każdym przypadku 10 K., za oględziny zewnętrzne z orzeczeniem kor. 10 (zamiast projektowanych 6) i t. p. — Podobne żądania podnosi również Dr Połochajło (»Głos lek.« 22). *R.*

Taryfy lekarskie wchodzą w użycie i we Włoszech. Lekarze w Rzymie ustanowili taksę zasadniczą na 3—25 lirów. Wizyta lekarza trwać może najdłużej pół godziny. Jeżeli trwa dłużej, to każde następujące pół godziny liczy się za nową wizytę. Odnosi się to taksamo do wszelkich czynności przy chorym (odwożenie do zakładów i t. p.). Osobno oprócz wizyty należy honorować wszelkie zabiegi, jak wstrzykiwania, wypuszczanie i badanie moczu, badania narzędziami, mięsienie i t. p. Podwójnie muszą być honorowane: wizyty nocne, wizyta pierwsza z badaniem szczegółowem, wizyty w oznaczonej przez samego chorego godzinie i wizyty w dnie świąteczne (o ile nie są one niezbędnie konieczne, lecz sam chory ich się domaga). Każda porada, udzielona innej osobie w domu chorego, ma być osobno wynagradzana. Poniżej minimalnej taksy wolno liczyć honoraryum tylko wtedy, gdy lekarz odwiedza chorego kilka razy dziennie. *X.*

Sprawa podziału honoraryum między lekarza domowego i chirurga weszła w Anglii, za wzorem Francyi, na porządek dzienny. »Lancet« proponuje, by honoraryum to składał chory w ręce lekarza domowego, a ten następnie rozdzieli je sam. W Anglii, zarówno jak i we Francyi, wywołał tę sprawę fakt częstego krzywdzenia lekarza domowego na korzyść chirurga. *X.*

Lek »Augenwol«, wyrabiany przez firmę »Augenwol-Gesellschaft« w Berlinie (okólnik c. k. Nam. z 9 listopada 1908 l. 142767/VII b. stosownie do reskr. c. k. Ministerstwa spr. w. z 17. X. 1908 l. 27339) musi być uważany za lek tajny i wprowadzanie go w obrót w Austryi jest zakazane. *T.*

Jak ostrożnie postępować należy przy orzeczeniach o odszkodowanie, ilustruje fakt, opisany przez Prof. Lewina z Berlina. Pewien robotnik zajęty był w pewnej chemicznej fabryce już od 34 lat. Ostatnich 25 lat spędził przy wyrabianiu apomorfiny i dopiero w ostatnich czasach zastępczo pracował przy wyrobie morfiny. Zaraz już po kilku dniach pracy zaczerwieniały mu i obrzękły obie kończyny górne i wystąpił nieznośny świąd. Po kilku dniach leczenia cierpienie ustąpiło i robotnik stanął do pracy w dziale wyrobu teobrominy. Cierpienie zjawiło się na nowo i mimo leczenia występowało stale przy pracy, tak, że w końcu robotnik ten stał się zupełnie niezdolnym do pracy. Wniósł więc do towarzystwa ubezpieczeń prośbę o udzielenie renty, towarzystwo jednak prośbie odmówiło, wobec czego robotnik wniósł skargę sądową. Znawcy w wywodzie swym odrzucili zupełnie związek cierpienia z wykonywaną pracą, twierdząc, że nie jest im wcale znanem, by morfina wywierała taki wpływ na skórę. Prof. Lewin stanął w obronie poszkodowanego i przedewszystkiem udowodnił, że znane są przypadki wybitnego i ostrego działania morfiny na skórę, orzeczenie więc znawców dowodzi tylko, »że oni sami o tem nie wiedzą«. W czasie dochodzeń poszkodowany umarł, a sąd przyznał rodzinie odszkodowanie, przychylając się do zdania Lewina. — W orzeczeniach powinni lekarze wyrażać się bardzo oględnie. Jest wiele chorób urazowych, mało nam jeszcze znanych; zresztą nie każdy ma zawsze odpowiednie piśmiennictwo pod ręką. *K.*

Śmiertelność w Prusiech wynosiła w r. 1907 18 na tysiąc mieszkańców (w r. 1906 — 18·8), gdy w r. 1876 dochodziła jeszcze 26·3‰. Najkorzystniejsze wyniki osiągnięto w obwodzie (wiejskim) berlińskim, gdzie śmiertelność w r. 1907 wynosiła 14·8‰, najgorsze stosunki były w obwodzie wrocławskim (23·5‰). Wszystkie obwody z ludnością polską miały w r. 1907 śmiertelność większą od średniej w całem państwie pruskiem, i tak np. Poznań i Bydgoszcz 19,1, Lignica 20,9, Opole 22,4. W r. 1907 zmniejszyła się wyraźnie śmiertelność wśród dzieci do lat 5, nie wyłączając osesków. *R.*

Mór dobija się znów do wrót Europy. Kilka przypadków zaszło w Liverpoolu.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 8. do 14. XI. 1908 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bóbrka (Brzozdowce 1); Brody (Dubie 3); Buczacz (Krasiejów 1, Trościaniec 1); Peczeniżyn (Kosmacz 1); Tarnopol (Tarnopol 1, chory przewieziony z Augustówki, p. Brzeżany). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 8. do 14. XI. 1908 urodziło się dzieci żywo 56, nieżywo 1; zmarło osób 50 (w tem obcych 22), z nich z gruźlicy 14 (5), zapalenia płuc 4 (2), błonicy 1 (1), płonicy 1 (—), odry 7 (3), duru brzusznego —. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 8. do 14. XI. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 1 (w tem obcych 4 † 1), krztuśca 1, płonicy 5 † 1 (1 † —), odry 57 † 9 (6 † 3), duru brzusznego 1 † — (1 † —). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 8. do 14. XI. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych 3 † 1), płonicy 42 † 2 (—), odry 2, duru brzusznego 4 † 1 (1 † —), gorączki połogowej 1 † 1 (—). *Dr Legeżyński.*

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów, Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr H. Pisek, Podgórze-Kraków (Deutsche mediz. Wochenschrift); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (»Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte«, anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z neurologii: Dr K. Orzechowski, Wiedeń XVII/2, Zwerngasse 18 (»Folia neurobiologica« Groningen i »Epilepsia« Budapeszt); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde); z ginekologii: Dr Franciszek Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (prace ginekol.-położnicze, Frommel's Jahresbericht), Dr Ehrlich, Przemyśl (Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie); z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka (Archiv für Ohrenheilkunde); z dermatologii: Dr Leon Feuerstein, Lwów, św. Mikołaja 20 (w lecie: Bad Hall, Oberösterreich), (Monatshefte f. praktische Dermatologie); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin), Doc. Dr Wład. Szumowski, Lwów, Zyblikiewicza 35 (Mittheilungen zur Geschichte der Medizin u. d. Naturwiss., prace wydane we Lwowie i Warszawie).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w dn. 18. X. b. r. posiedzenie, na którem Prof. Kader przedstawił przypadek zwężenia przełyku, leczony zapomocą gastrostomii i rozszerzania od dołu, i dwa przypadki przeszczepienia ścięgien, Prof. Piltz przedstawił przypadek postępującego samoistnego zaniku mięśni, Dr Radliński modyfikacyę operacyi przepukliny udowej, a Dr Mazurkiewicz miał wykład p. t. »Stosunek psychiatryi do psychologii«. W dyskusyach przemawiali: Prof. Bochenek, Dr Gertler, Prof. Kader, Prof. Piltz i Dr Wojciechowski.

— Sprawa szerszej akcyi przeciwgruźliczej w Krakowie zbliża się do urzeczywistnienia. W r. z. założył Prof. Jaworski przy ambulatoryum kliniki lekarskiej pierwsze dyspensatoryum. Po odczycie Dra Janiszewskiego »O opiekach dla chorych gruźliczych« w maju r. b. wybrało Towarzystwo lekarskie krakowskie dla tej sprawy komisyę, do której weszli: Dr Bielański, Prof. Ciechanowski, Doc. Droba, Doc. Gliński, Prof. Jakubowski, Dr Janiszewski, Prof. Jaworski, Dr Korolewicz, Prof. Kostanecki, Dr Kwaśnicki, Dr Landau Jan, Prof. Lewkowicz, Prof. J. Nowak, Dr Schaitter, Prof. Pareński. Komisya ta, doszedłszy do wniosku, że najkorzystniejszem dla powodzenia sprawy będzie utworzenie w Krakowie oddziału »Towarzystwa walki z gruźlicą«, istniejącego we Lwowie, przyjęła na zasadzie referatu szczuplejszego grona (Prof. Ciechanowski, Prof. Kostanecki, Dr Korolewicz, Dr Schaitter) projekt potrzebnych w tym celu zmian statutu lwowskiego Towarzystwa, opracowany w porozumieniu z r. dw. Drem J. Merunowiczem, a otrzymawszy od Towarzystwa lek. krak. mandat dalszego samodzielnego prowadzenia sprawy, przedstawiła ten projekt lwowskiemu »Towarzystwu walki z gruźlicą«. W październiku otrzymała komisya o swym projekcie zmian statutu ze Lwowa uwagi, nad któremi obradowała ponownie w d. 12. XI. b. r. Obecnie są w toku ostateczne rokowania, które niewątpliwie doprowadzą wkrótce do zupełnego porozumienia się; wobec tego można mieć nadzieję, że oddział »Towarzystwa walki z gruźlicą« powstanie w Krakowie jeszcze w r. b., do czego komisya, zajmująca się tą sprawą, wszelkiemi siłami zdążać będzie.

— Kurs psychiatryczny dla sędziów, urzędników prokuratoryi i więziennych, urządzony z polecenia ministerstwa sprawiedliwości, rozpocznie się w Krakowie 16. XI. b. r. Kierownikiem kursu jest Prof. Piltz; oprócz niego wykładać będą: Prof. Wachholz, Dr Jankowski i Dr J. Mazurkiewicz.

— Przenoszącego się po 23-letniej pracy lekarskiej i społeczno-obywatelskiej na stały pobyt do Lwowa Dra Szymona Bernadzikowskiego, członka Wydziału krajowego, żegnały szerokie koła m. Brzeska w d. 7. X., składając mu podziękowanie za działalność na polu publicznem, w Wydziale powiatowym brzeskim, na stanowisku prezesa »Sokoła« i w zakresie filantropii społecznej.

— W dzienniku »Naprzód« (314) poruszono, że chorym, zdążającym po poradę do szpitali, klinik i t. d. powinny być udzielane ulgi cen jazdy koleją. Aby zapobiedz nadużyciom, mieliby lekarze w odpowiedni sposób poświadczać, że chory, któremu przyznano ulgę ceny jazdy, stawił się istotnie do leczenia.

— Na mające powstać w Zakopanem schronisko (uzdrowisko) krakowskiego Stowarzyszenia kupców i młodzieży handlowej ofiarował p. F. Macharski 2000 K.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej zajmował się na posiedzeniu w d. 26. X. następującemi sprawami: 1) Uchwalono, pomimo prośby pow. Kasy chorych w Kołomyi, nie cofać ostrzeżenia co do tej Kasy i podjąć się pośrednictwa między Kasą a Drem A. pod warunkiem, że zarząd Kasy zobowiąże się zastosować do orzeczenia Izby. 2) Przyjęto do wiadomości umowę lekarza z Kasą chorych w Drohobyczu. 3) Uchwalono poprzeć u Wydziału krajowego starania Dra R. w S. o podwyższenie emerytury. 4) Prezydent zawiadomił, że do Związku Towarzystw lek. w Wiedniu odesłano 1487 K. 5) Wydano orzeczenie w jednej rozprawie honorowej, wyznaczono 3 terminy do rozpraw ustnych i uchwalono wystąpić sądownie przeciw autorowi zażalenia na lekarza ze względu na ubliżający całemu stanowi ton listu. Z powodu notatki dziennikarskiej uchwalono zawezwać jednego z lekarzy do wytłómaczenia się ustnego.

— Krajowa Rada Zdrowia odbyła 14. XI. b. r. posiedzenie, na którem obradowano nad sprawą lekarzy szkolnych w seminaryach nauczycielskich, wydano opinię w sprawie zakładu wodoleczniczego i zakładu mechanoleczniczego we Lwowie, oraz w sprawie taks szpitalnych w Dolinie i Sokalu.

— Na posiedzeniu miejskiej Komisyi sanitarnej w dniu 14. XI. 1908 zajmowano się sprawą epidemii płonicy, stwierdzając, że wprawdzie epidemia złagodniała, lecz wymaga jeszcze ciągle wytężonej czujności organów sanitarnych i publiczności. Następnie przyjęto ogólny plan parku Jordanowskiego na Żelaznej Wodzie, na który miasto przeznacza przestrzeń 18-morgową i uchwalono zaznaczyć, że sprawa parku jest pilna i wymaga jaknajrychlejszego załatwienia.

— Fizykat wypracował i przedłożył magistratowi projekt reorganizacyi miejskiej służby zdrowia.

— »Tygodnik lekarski« otwiera, stosownie do wezwania Delegacyi stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, opartego na uchwałach X. Zjazdu, łamy swoje dla zagadnień terminologicznych i, acz w skromniejszym zakresie, dla spraw zawodowych. Zapowiada zarazem, że sprawą łączenia się pism lekarskich, poruszoną na X. Zjeździe w uchwale sekcyi prasowej, zajmie się w terminie późniejszym.

— Zmarły niedawno w 40 r. ż. w Pernitz pod Wiedniem ś. p. Dr Ludwik Nazarkiewicz, kierownik i współwłaściciel sanatoryum Gries pod Bozen, zapisał, jak donoszą dzienniki, znaczny legat Towarzystwu lekarzy galicyjskich (mianowicie udział swój w sanatoryum i grunta budowlane).

Warszawa. Nowo zawiązane Towarzystwo »Higiena praktyczna im. Bolesława Prusa« wybrało do zarządu (do którego zaproszono oczywiście przedewszystkiem samegoż p. Aleksandra Głowackiego [Prusa]) z lekarzy: Prof. Dra Kosińskiego, Dra Cylkowa, Tchórznickiego, J. Zawadzkiego, Kowalską.

— W zakładzie dla obłąkanych w Kochanówce pod Łodzią otwarto dn. 15. XI. b. r. uroczyście nowy pawilon im. ś. p. Dra Jonschera. Koszta budowy pawilonu, obliczonego na 40 chorych, w kwocie 25,000 rb., pokryto ze składek publicznych.

— Inspektor szpitali domaga się od magistratu wprowadzenia lepszych urządzeń dezynfekcyjnych w szpitalu zakaźnym św. Stanisława w Warszawie.

— Towarzystwo opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi, utrzymujące schronisko w Drewnicy, otrzymało i przyjęło dwa zapisy: ś. p. Lebediewowej (4000 rb.) i b. p. Reichmanównej (3000 rb.).

— Dr Julian Majkowski obchodził w r. b. półwiekową rocznicę pracy lekarskiej. Urodzony 23. XII. 1833 na Mazowszu, studyował medycynę w Dorpacie, a ukończywszy ją »cum eximia laude«, praktykował naprzód w Pabjanicach, potem przez 15 lat w Grójcu jako lekarz szpitala, który w r. 1863 z powodu ciągłych walk w okolicy zamienił się w szpital polowy. Od roku 1875 pracuje w Warszawie; od r. 1879 przez lat 16 prowadzi szpital św. Mikołaja w Busku, gdzie założył »Towarzystwo przyjaciół Buska«, między r. 1901—1905 praktykuje w Radomiu, gdzie organizuje Towarzystwo lekarskie. Przez cały czas (od r. 1860 do 1904) pracował Jubilat na polu piśmiennictwa lekarskiego, ogłaszając prace swe głównie w »Medycynie«, której jest współwłaścicielem i członkiem redakcyi. To też pismo to, umieszczając w Nrze 46 życiorys Jubilata, ogłasza dla uczczenia jubileuszu konkurs imienia Jubilata (z 2-ma nagrodami po 100 rb.) za najlepszą pracę oryginalną lub wykład kliniczny, (nie przekraczające $1^1/_2$ arkusza druku), umieszczone w łamach pisma w ciągu roku 1909.

Przy wręczeniu jubileuszowego numeru w dn. 16. X. przemawiali, podnosząc zasługi Jubilata i składając Mu życzenia (do których i my nasze dołączamy) Dr Arnstein, Guranowski, Sadowski, Wojciechowski i J. Zawadzki. Jubilat ofiarował 200 rb. na ponowienie konkursu w r. 1910.

Z różnych stron. »Spolek českých lekařů« w Pradze mianował, jak donoszą »Narodni listy«, członkiem korespondentem Prezesa Towarzystwa lek. krakowskiego Dra Eugeniusza Borzęckiego, a członkami honorowymi: Dr Augusta Kwaśnickiego i Prof. O. Bujwida z Krakowa, Prof. Ant. Gluzińskiego i r. dw. Prof. Rydygiera ze Lwowa, Dra Stanisława Kurtza z Warszawy.

— Rząd austryacki wniósł do Izby panów projekt ustawy o chorobach zakaźnych.

— Zdrojowiska austryackie wiążą się w jednolitą organizacyę dla obrony wspólnych interesów. W połowie grudnia ma być ułożony projekt statutu, a potem mają być zaproszone do przystąpienia do organizacyi zarządy zdrojowisk. (W dotychczasowych przedwstępnych układach nie uczestniczyło żadne ze zdrojowisk galicyjskich.

— Kasa wsparć przy »Wiener medizinisches Doktorenkollegium« dobiegnie z końcem r. b. 50 lat istnienia. Przez ten czas rozdzieliła kasa między 1490 wdów i 704 sierot wogóle 248.000 k.

— W Prusach zarządziło ministerstwo obowiązkowe odkażanie mieszkań, opuszczonych przez suchotników, przed wprowadzeniem się nowych mieszkańców; koszta ponosić mają gminy, powiaty, kasy chorych i t. p. zakłady ubezpieczenia.

— We Francyi zawiązał się komitet, gromadzący środki na schronisko dla lekarzy, podupadłych materyalnie lub nieuleczalnie chorych.

— W Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu utworzono stypendyum im. Dr Bolesława Fischera, z którego przedewszystkiem mają prawo korzystać synowie lekarzy z Kowieńskiego.

— Wydział gospodarczy VII Zjazdu lekarzy i przyrodników rosyjskich uzyskał nareszcie zezwolenie władz na odbycie się Zjazdu od 28. XII. b. r. do 6. I. 1909. Wobec jednak tego, że pozwolenie to wydano tak późno, musiał Wydział gospod. uchwalić ponowne odroczenie Zjazdu na rok i wnieść o to znów prośbę do ministerstwa!

— »Gazeta lek.« (44) podaje za »Ruskim Wraczem« (41) następujące zasady nowej ustawy uniwersyteckiej w Rosyi: Rektor, prorektor i dziekani — z wyboru, zatwierdzani przez ministra; po dwukrotnej odmowie zatwierdzenia — nominacya z urzędu; zupełna autonomia w sprawach naukowych; dyplomy uniwersyteckie nie dają żadnych praw służbowych bez złożenia egzaminów państwowych; towarzystwa studenckie w uniwersytecie niedozwolone; wiece poza uniwersytetem podlegają przepisom ogólnym; płace profesorów mają być zwiększone, zwyczajnych do 4.000, nadzwyczajnych do 3.000 rb. rocznie.

— Dla państwowego komitetu uzupełniających studyów lekarskich (Reichsausschuss f. d. ärztliche Fortbildungswesen) przeznaczył cesarz niemiecki ze swoich funduszów dyspozycyjnych 10.000 Mk.

Redakcya otrzymała: Brudziński: Drugie sprawozdanie roczne z działalności szpitala Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi (za r. 1907) »Czas. lek.« 1908. — Rektor Prof. Mars: 1) Przemówienie... na uroczystem otwarciu roku akad. 1908/9 w uniw. lwowskim. 2) Przemówienie... jako sprawozdawcy Komisyi sanitarnej (w sejmie) w d. 22. X. 1908. — Wachholz: 1) Zur Kasuistik der sog. Fleischvergiftungen. »Med. Klinik«. 1908. 2) Zur Kasuistik der Fremdkörper im Mastdarm. »Aerztl. Sachverstztg.« 1908. 3) Wątpliwy stan umysłowy nałogowej oszustki »Now. lek.« 1908. 4) Dzieci jako ofiary znęcania się rodziców. »Przegl. lek.« 1908. — Sztromajer: Towaroznawstwo apteczne. Podręcznik dla drogistów i aptekarzy. Płock 1908. str. 305. (Warszawa. E. Wende i Sp.). — Hornowski: O nowotworach serca. »Tyg. lek.« 1908.

Redaktor odpowiedzialny.

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 25. listopada o godzinie 6 wieczór w klinice położniczej.** Na porządku dziennym przedstawienie szeregu przypadków chorobowych z kliniki Prof. Rosnera.